18

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr DESNOS

Médecin de l'hôpital de la Charité,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, membre de la Société anatomique,
de la Société clinique, de la Société d'hydrologie médicale de Paris,
Ancien membre de la Société de thérapeutique.



PARIS

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET Cie

22, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

1879

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr DESNOS

I. — CONCOURS ET NOMINATIONS

SERVICES PUBLICS

1852. — Interne des hôpitaux.
1853. — Membre de la Société anatomique.
1854. — Lauréat du concours de l'internat.
1854. — Lauréat de la Faculté de médecine (concours de l'École pratique).
1854. — Médaille du choléra (Ministère de l'agriculture).
1857. — Membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris.
Secrétaire de cette Société pendant plusieurs années.
1858. — Lauréat de la Société médicale des hôpitaux. (Mémoire sur les congestions dans les fièvres.)
1863. — Médecin du Bureau central des hôpitaux.
1864. — Membre de la Société médicale des hôpitaux.
Secrétaire de cette Société de 1864 à 1871.
1866. — Médecin titulaire des hôpitaux, nommé successivement à l'hospice des Incurables (hommes, 1866), à l'hôpital Saint-Antoine (1869), à l'hôpital Lariboisière (1870), à l'hôpital de la Pitié (1872), et à l'hôpital de la Charité (1879).

1867. — L'un des secrétaires du premier Congrès médical international, tenu à Paris en 1867.

1869. — Membre de la Société de thérapeutique.

1870. — Chargé de la direction du service d'un hôpital d'isolement de cent lits de varioleux, créé par M. Husson dans un poste-caserne de la porte Saint-Ouen. La direction de ce service et celle d'un service de cent-vingt varioleux, à l'hôpital Lariboisière, m'ont permis d'étudier plus de quinze cents malades affectés de la variole dans ses différentes formes et ses nombreuses complications.

1871. — Lauréat de la Faculté de médecine. (Prix Chateauvillard, sur le meilleur travail de médecine ou de chirurgie, publié dans l'année).

1877. — Membre de la Société clinique.

II. — PUBLICATIONS

N° 1. — 1853. — *Hydrocèle spontanément enflammée. — Cure radicale par le fait de cette inflammation.*

(*Gazette des Hôpitaux*, 1853.)

Dans cet article, j'ai cherché à faire ressortir, d'une part, la rareté de l'inflammation spontanée de l'hydrocèle; d'autre part, les conséquences fâcheuses qu'elle pourrait entraîner en certains cas donnés, et enfin l'influence favorable qu'elle peut exercer sur la cure radicale. « L'organisme en pareil cas, disais-je, effectue la guérison par un procédé qui peut être rapproché de celui qu'employaient jadis et qu'emploient encore parfois les chirurgiens, alors que, par l'incision ou les caustiques, ils cherchent à obtenir la cure radicale par suppuration. »

N° 2. — 1853. — *Abcès froid dans la gaîne du psoas-iliaque. Injection iodée. Mort. — Faits analogues. — Considérations pratiques.*

(*Gazette des Hôpitaux*, 1853.)

N° 3. — 1853. — *Fracture du corps de la septième vertèbre cervicale avec contusion de la moelle.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1853.)

Cette observation présente un curieux exemple d'écrasement du corps de la septième vertèbre cervicale chez un homme précipité d'un tombereau sur un tas de moellons, la tête la première, de telle façon qu'une flexion forcée de la portion cervicale du rachis avait amené le menton au contact de la paroi antérieure du thorax.

La contusion de la moelle accompagnant cette lésion du squelette, et située au-dessous du renflement brachial, avait produit la paralysie du mouvement et de la sensibilité dans le tronc et les membres pelviens et avait, au bout de deux jours, entraîné la mort par asphyxie.

N° 4. — 1853. — *Ruptures multiples du foie par cause contondante.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1853.)

Les désordres du foie produits par le passage d'une roue de voiture sur le thorax et l'hypochondre droit, coïncidant avec l'intégrité des parois de la poitrine et de l'abdomen, la situation des déchirures hépatiques à la face convexe de l'organe sans lésion des vaisseaux sanguins, la lenteur de l'écoulement de la bile par ces scissures, expliquant le développement insidieux de la péritonite qui emporta le malade, tels sont les principaux traits de cette observation qui diffère de la plupart des faits publiés, dans lesquels une hémorrhagie foudroyante liée à la rupture des gros vaisseaux de la face concave ou une péritonite suraiguë sont les causes de la mort.

N° 5. — 1855. — *Thèse sur les tumeurs cancéreuses, et en particulier sur leur diagnostic et leur traitement*, soutenue avec la note TRÈS-SATISFAIT.

J'espère être parvenu, dans ce travail, à fournir quelques données positives sur le diagnostic d'affections assez rares, facilement confondues avec des anévrysmes, et à poser des indications utiles relativement à leur thérapeutique.

N° 6. — 1858. — *Mémoire sur la dilatation des conduits salivaires en général, et particulièrement sur celles du canal de Sténon*, lu à la Société de chirurgie.

Ce mémoire, si je ne m'abuse, a été accueilli avec faveur par cette Société savante. L'histoire de la dilatation des conduits salivaires a été l'objet de

nombreuses discussions; c'est une affection dont l'étude est loin d'être encore complète. J'avais pu donner comme base à mon travail une observation peut-être unique, ou du moins très-rare. En effet, la dilatation du canal de Sténon, qui se dessinait sous la peau de la joue comme une énorme sangsue lorsque le malade mâchait des substances sapides, n'était liée à aucun obstacle appréciable au cours de la salive. Ce fait a été reproduit par M. Verneuil, avec les réflexions qu'il lui suggérait, dans la *Gazette hebdomadaire* de la même année.

N° 7. — 1861. — *Compte rendu bibliographique des leçons de M. Bouvier, sur le rachitisme et les maladies de l'appareil locomoteur.*

(*Moniteur des Hôpitaux*, 1861.)

N° 8. — 1861. — *Compte rendu bibliographique et critique du Traité des paralysies de O. Landry.*

(*Moniteur des Hôpitaux*, 1861.)

N° 9. — 1861. — *Article Ténotomie.*

(En collaboration avec M. Bouvier.)

Inséré dans un recueil encyclopédique publié en Angleterre, par le Dr Costello (1861).

N° 10. — 1862. — Rapport sur un mémoire de M. Mascarel, relativement à la *possibilité de la guérison de la phthisie et à sa curabilité par les eaux du Mont-d'Or.*

(*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, 1862.)

Pénétré de l'importance de la question soulevée par M. Mascarel, je l'ai étudiée avec l'attention qu'elle méritait. Suivant l'auteur sur le terrain où il s'était placé, j'ai conclu, comme lui, à la possibilité de la guérison; j'ai cherché à la prouver en m'appuyant sur les données de la tradition, sur celles de l'anatomie pathologique, de l'histologie moderne; sur le témoignage des cliniciens, de MM. Grisolles, Tardieu, Hérard, Gueneau de Mussy, pour ne citer que quelques noms. Mais, convaincu que dans une question litigieuse on doit être sévère sur le choix des observations, j'ai cru devoir adresser quelques objections à celles de M. Mascarel, en lui faisant surtout remarquer que les faits présentés par lui étaient de date trop récente pour pouvoir être considérés comme absolument concluants.

N° 11. — 1863. — *De la curabilité de la phthisie.*

(*Bulletin du Congrès médical de Rouen*, 1863.)

La doctrine de l'hétérogénie du tubercule avait entraîné un trop grand nombre de médecins à la négation absolue de la curabilité de la phthisie. C'est pourquoi j'ai cru devoir porter de nouveau devant le Congrès de Rouen cette question déjà débattue au sein de la Société d'hydrologie.

En m'appuyant sur les raisons que j'ai exposées dans le précédent paraphe, je me constituais le défenseur aussi réservé qu'on doive l'être, de la croyance à la curabilité, en établissant des distinctions relatives aux conditions qui permettent ou favorisent la guérison, conditions qui ont trait à l'état social, la guérison s'observant surtout en dehors de la pratique nosocomiale, à la marche de la maladie, à ses formes cliniques et anatomiques. Je discutais suivant quel mode s'effectue la guérison; j'établissais à quels principes on devait se rattacher pour admettre la guérison d'une affection diathésique.

Au point de vue thérapeutique, je signalais comme devant figurer au premier rang des agents réellement curateurs, les grands modificateurs hygiéniques et notamment les climats et la médication hydro-minérale, et j'indiquais les classes d'eaux minérales appropriées aux diverses formes de phthisie.

N° 12. — 1863. — *Kyste de la région épigastrique guéri après une ponction avec le trocart capillaire.*

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, t. V, 1864.)

Ce kyste survenu, en apparence, à la suite d'un effort, occupait la région épigastrique; il coïncidait avec une teinte subictérique de la peau et les urines donnaient la réaction de la matière colorante de la bile. La ponction donna issue à une grande quantité d'un liquide couleur café au lait, alcalin, coagulable. Le microscope n'y révéla ni la présence d'échinocoques, ni celle de la bile, mais seulement celle de la matière colorante du sang. Si on a pu discuter sur les caractères hématiques ou biliaires du liquide contenu dans le kyste, il n'a pas paru douteux que ce kyste eût pour siége le foie.

Le trait le plus saillant de cette observation est le résultat du traitement. La guérison, qui lors de la sortie du malade paraissait confirmée, n'a pas été le résultat direct de la ponction capillaire, mais celui d'une inflammation modérée de la poche consécutive à la ponction.

N° 13. — 1864. — *Acide acétique.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1864.)

Article de thérapeutique sur les propriétés de l'acide acétique. Acide concentré destiné aux applications externes et trouvant notamment son utilité dans le traitement des productions épithéliales (verrues, végétations), dans la thérapeutique desquelles il offre de grands avantages. Vanté également et pouvant être employé avec quelque utilité sous forme d'inhalation de ses vapeurs, comme moyen abortif du coryza. Acide dilué employé à l'intérieur, seul ou additionné de diverses substances médicamenteuses, au même titre que les autres acides végétaux. Il trouve également son utilité comme médicament externe. Quant à ses *propriétés antiputrides*, nous faisons remarquer, sans les nier, que leur efficacité est aujourd'hui dépassée par celle de beaucoup d'autres agents.

N° 14. — 1864. — *Acrodynie.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

L'acrodynie, maladie essentiellement épidémique, quelquefois sporadique, qui apparut pour la première fois à Paris au printemps de l'année 1828, put sembler pendant quelque temps ne présenter plus qu'un intérêt historique, lorsqu'une nouvelle épidémie survenue en Belgique en 1846, et surtout l'intéressante épidémie qui sévit sur notre armée de Crimée, montrèrent qu'il ne fallait pas en perdre entièrement le souvenir et qu'il était bon de ne pas négliger l'étude d'une maladie qui se reproduit ainsi après de si longs intervalles, d'une maladie épidémique qui, lors de sa première invasion, n'atteignit pas à Paris moins de quarante mille individus.

Je me suis attaché à bien retracer par un tableau général de l'affection et de sa marche, par l'analyse de ses symptômes, la physionomie de cette maladie singulière qui piqua si vivement la curiosité, qui exerça à un si haut point la sagacité des premiers observateurs et fixa l'attention de l'Académie de médecine. J'ai montré que sa symptomatologie repose sur la trilogie phénoménale suivante :

1° Symptômes du côté du tube digestif;

2° Perturbations du système nerveux (altérations de la sensibilité, troubles de la contractilité musculaire, troubles de l'encéphale);

3° Symtômes fournis par le tissu cellulaire, les téguments externe et interne, peau et membranes muqueuse, pharyngienne, oculaire et bronchique, et se résumant tous en des phénomènes congestifs avec leurs conséquences (œdème

aigu, sans albuminurie, érythèmes se rapprochant beaucoup de l'érythème *pernion*, altérations de sécrétion de l'épiderme et du pigment, conjonctivites, catarrhes pulmonaires, uréthrites). — Après avoir établi le diagnostic de l'acrodynie dont l'étiologie nous échappe en dehors de l'influence épidémique, d'avec des maladies telles que l'*ergotisme*, l'empoisonnement des céréales par le *verdet*, d'avec la *dengue* de Curaçao, d'avec la *contracture idiopathique des extrémités* avec lesquelles on a voulu la confondre, nous nous sommes attaché à fixer sa physiologie pathologique, et avons établi que la cause morbide, quelle qu'elle soit, agit d'abord sur le système nerveux central et notamment sur l'axe spinal dont la réaction produit vers divers systèmes organiques les symptômes ci-dessus mentionnés. L'historique et la bibliographie que comporte une maladie de date si récente, terminent cet article.

N° 15. — 1864. — *Aix-en-Provence* (*Eaux d'*).

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1864.)

Cet article, de même que tous les articles d'hydrologie que j'ai insérés dans cet ouvrage, est un article de matière médicale et de térapeutique hydro-minérales.

Eaux classées parmi les bicarbonatées calciques faibles, thermales, mais pouvant être rattachées volontiers, en raison de leur faible minéralisation, à la classe des eaux minérales indéterminées. Elles appartiennent à la *médication chaude et sédative* qui leur vaut une notoriété justifiée dans les contrées du Midi où on les emploie avec avantage contre certaines affections utérines, contre les vertiges du rhumatisme qui succèdent à une attaque aiguë, dans les formes où il survient aisément des recrudescences inflammatoires.

N° 16. — 1864. — *Aix-en-Savoie* (*Eaux minérales d'*).

(*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1864.)

Eaux sulfureuses de haute thermalité, à l'histoire desquelles j'ai rattaché celle des sulfurées sodiques de Marlioz et des sulfurées sodiques iodo-bromurées de Challes, ainsi que de la source bicarbonatée calcique de Saint-Simon. Ces trois sources avoisinent les Eaux d'Aix et complètent la médication représentée par celles-ci.

Après avoir indiqué les ressources et les pratiques balnéaires propres à cette importante station, j'insiste sur la notoriété justifiée qui lui est acquise dans deux grandes classes de maladies, le rhumathisme et la scrofule, en indiquant la lacune qui existe dans sa littérature médicale relativement au traitement du rhumatisme noueux. Je discute enfin la valeur des Eaux

d'Aix dans le traitement de la phthisie, en signalant toutefois l'importance que peut acquérir la médication de Marlioz.

N° 17. — 1864. — *Aix-la-Chapelle ou Aachen (Eaux minérales d').*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1864.)

Ces Eaux appartiennent à une classe assez restreinte et partant fort intéressante de chlorurées sodiques sulfureurenses mixtes, analognes à celles d'Uriage, mais moins minéralisées qne ces dernières, et pouvant par conséquent être utilisées dans les cas où les Eaux d'Uriage seraient trop excitantes. En somme, rhumatisme et scrofule, telles sont les maladies qui occupent le premier rang parmi celles que l'on traite à Aix-la-Chapelle, ainsi que la minéralisation de ces Eaux pouvait le faire prévoir. Ainsi en est-il encore de certaines dermatoses vésiculeuses et pustuleuses qui relèvent de la sorofule. Elles s'appliquent mal, au contraire, au traitement des affections squameuses et papuleuses. Wetzlar mentionne une proportion considérable de guérisons obtenues dans l'urticaire chronique, cette maladie si rebelle.

J'expose enfin et je soumets à un examen critique les sbservations de Wetzlar sur la cure, par les Eaux d'Aix-la-Chapelle, *des dégénérescences amyloïdes des viscères* et de l'atrophie musculaire progressive.

N° 18. — 1864. — *Allevard (Eaux minérales d').*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1864.)

Eaux sulfurées calciques tièdes.

Leurs applications sont celles qui sont communes aux diverses sulfureuses. Mais j'ai dû m'attacher plus particulièrement à la cure des affections de l'appareil respiratoire qui constitue à cette station sa physionomie propre, et notamment aux salles d'inhalation chaude et froide qui forment la caractéristique du traitement d'Allevard dans ces affections. J'ai accepté son efficacité contre le catarrhe pulmonaire, en faisant des réserves formelles sur la proportion considérable de guérisons de phthisie qu'on a cru pouvoir y enregistrer.

Les bains de *petit-lait* représentent à Allevard une médication d'autant plus intéressante qu'elle est peu connue en France.

N° 19. — 1864. — *Alun.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1864.)

Thérapeutique et toxicologie. — Cet article est relatif non aux *aluns* considérés à un point de vue chimique, mais à l'*alun* (sulfate d'alumine et de

potasse), dont il m'a paru convenable de rapprocher le *sulfate simple d'alumine, l'acétate d'alumine, le sulfate d'alumine et de zinc.*

Sulfate d'alumine et de potasse. Il doit être divisé, au point de vue de ses propriétés, en *alun hydraté* ou alun proprement dit et en alun privé de son eau de cristallisation ou *alun calciné*.

Alun proprement dit : Après avoir étudié ses propriétés physiologiques qui se résument en des phénomènes d'astriction sur les vaisseaux de la partie sur laquelle il a été appliqué, phénomènes qui se transforment bientôt en ceux de l'inflammation si les applications sont prolongées et réitérées, j'étudie son action thérapeutique comme topique :

1° Dans les hémorrhagies (épistaxis), celles qui doivent être arrêtées, (métrorrhagies), celles qui sont justiciables des astringents (flux hémorrhoïdaires), ceux également qu'on doit enrayer (hémorrhagies des gencives, du pharynx, des amygdales), quelques cas rares d'hémathémèse. — Je discute l'opportunité de son emploi dans ces circonstances et le compare aux autres agents qui peuvent en être rapprochés ou doivent lui être préférés.

2° Dans les inflammations (certaines stomatites, certaines angines). Je renvoie à l'article *Amygdale* l'étude des indications de son emploi, autrefois banal et d'une manière regrettable, dans le traitement de l'amygdalite aiguë. — Je discute l'utilité des insufflations d'alun dans la diphthérie. — J'indique les avantages que présente l'emploi de l'alun dans certaines angines chroniques, la manière de l'employer, ainsi que dans les surdités par catarrhe de la trompe d'Eustache consécutives aux angines aiguës ou chroniques. — Indication sommaire et critique de son usage dans les inflammations de l'appareil génito-urinaire, dans les flux, la carie dentaire et comme désinfectant. Dans ce dernier cas l'acétate d'alumine doit être préféré.

Emploi comme médicament non topique, usage interne. — Discussion de son utilité contre les hémorrhagies, comme fébrifuge, contre la fièvre typhoïde, contre la colique de plomb.

Alun calciné, employé seulement pour l'usage externe comme cathérétique; contre les végétations, seul ou mêlé à de la poudre de sabine, contre l'ongle incarné. Les faits invoqués en faveur de sa valeur comme médicament interne contre le diabète ne sont pas concluants.

Principales formules ayant pour base l'alun : *Pilules d'Helvétius, Eau de Pagliari*, solution alumineuse benzinée (de Mentel) comme hémostatique.

Toxicologie. — Taylor en parle comme toxique, mais il ajoute que le seul cas cité en Angleterre est sans détails. La seule observation détaillée est celle qu'a publiée Orfila, qui, appelé comme expert, conclut que de très-fortes doses d'alun ne peuvent donner la mort. — Indication des procédés de recherche toxicologique de l'alun.

N° 20. — 1864. — ***Indication tirée du pouls au point de vue des dangers de mort subite que peuvent faire courir les épanchements pleurétiques et de l'utilité de la thoracentèse.***

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1865.)

J'ai montré qu'on peut trouver dans l'observation clinique du pouls des indices qui peuvent faire prévoir à l'avance le danger d'une mort subite. J'ai cité un cas dans lequel un épanchement déplaçait le cœur; il n'y avait pas de danger absolu de suffocation, mais le pouls à 140, petit et tremblotant, me parut suffisant pour indiquer la thoracentèse. Celle-ci effectuée, deux litres de liquide enlevés, le pouls retomba à 80.

N° 21. — 1864. — *Communication sur un khyste hématique cancéreux; présentation de pièce anatomique à la Société médicale des Hôpitaux.*

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1865.)

Ce kyste, sur la nature cancéreuse duquel s'est élevée une discussion, s'était développé, sans cause appréciable, dans la cavité abdominale, qu'il occupait presque en entier. Il mesurait, à l'état de réplétion, 27 centimètres de largeur, 33 centimètres de longueur et 95 centimètres de circonférence. L'homme qui en était atteint était tombé dans une cachexie profonde, parmi les signes de laquelle figura une gangrène de la luette. A la suite d'une quatrième ponction à laquelle je fus obligé de recourir et qui donna issue à plusieurs litres de liquide, il survint pendant la nuit une hémorrhagie intestinale qui emporta le malade. Cette hémorrhagie ne me parut pouvoir être rattachée qu'à la décompression rapidement survenue dans la cavité abdominale au moment de l'évacuation du liquide, et aux modifications de la circulation intestinale qui en furent la conséquence. La tumeur, adhérente seulement en quelques points aux côlons ascendant et transverse, semblait avoir pris son point de départ dans le tissu cellulaire du petit bassin.

N° 22. — 1865. — *Angine scrofuleuse grave, lupus de l'isthme du gosier.* Observation et présentation de malade à la Société médicale des Hôpitaux.

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1866.)

L'homme que je présentais comme atteint d'un lupus de la gorge, à une époque où l'angine scrofuleuse n'avait pas été étudiée avec le soin qu'on y a mis ultérieurement, avait été atteint, depuis son enfance, d'affections de peau qu'on était en droit de rattacher à la scrofule. Il présentait sur les

mains des plaques érythémato-squameuses, caractérisées plusieurs années auparavant, à l'hôpital Saint-Louis, par la dénomination de scrofulides. La phthisie qui l'amenait à l'hôpital présentait une marche lente. Il offrait une gêne notable de la déglutition, il se plaignait de ce que les boissons revenaient par le nez. L'examen de l'arrière-gorge permettait de constater que la luette et la moitié gauche de la partie postérieure du voile du palais avaient disparu. Cette perte de substance était limitée en arrière par un bourrelet légèrement hypertrophique, ulcéreux, recouvert d'une sanie grisâtre, au milieu de laquelle se montraient quelques bourgeons charnus, pâles, peu élevés. J'ai exposé les raisons qui me faisaient admettre un lupus de la gorge, à l'exclusion d'une angine syphilitique chez ce sujet, chez lequel on ne pouvait trouver d'ailleurs aucun antécédent syphilitique.

Du reste, l'examen histologique des pièces anatomiques fait par M. Cornil, après la mort du malade, a confirmé ma manière de voir.

N° 23. — 1865. — *Pneumo-thorax suite d'effort; suppuration consécutive de la plèvre; deux ponctions successives, chute dans la plèvre d'une sonde laissée à demeure. — Thoracotomie. — Guérison.*

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1866.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation, auquel j'ai donné mes soins à l'hôpital de la Pitié pendant que je suppléais M. Bernutz, qui l'a présenté à la Société des Hôpitaux, au moment d'un effort surhumain qu'il fit pour soutenir une poutre qui menaçait de l'écraser dans sa chute, éprouva un accès de suffocation auquel il faillit immédiatement succomber. A son entrée à l'hôpital, il présentait les signes classiques d'un pneumothorax. Mais bientôt vinrent s'y ajouter ceux d'un épanchement de liquide, puis enfin les symptômes rationnels d'une suppuration de la plèvre. Deux ponctions successives, pratiquées à cinq jours d'intervalle, donnèrent issue, la première à 5 litres, la seconde à 3 litres de pus. Une sonde rigide fut laissée à demeure dans l'ouverture du trocart. Une circonstance indépendante de ma volonté m'avait empêché d'en employer une molle en caoutchouc rouge.

Malgré les précautions prises pour fixer cette sonde, elle tomba dans la plèvre dans un grand mouvement d'inspiration.

Nous pensâmes, M. Richet et moi, qu'une large ouverture de la poitrine aurait le double avantage de permettre d'extraire le corps étranger et d'augmenter les chances de guérison de l'empyème. Deux incisions, pratiquées l'une au point de la ponction, l'autre en arrière, au point le plus déclive de la cavité pleurale, furent reliées entre elles par un drain. A partir de ce moment, le malade alla de mieux en mieux, l'écoulement de pus diminua de

jour en jour, et lorsque M. Bernutz le présenta à la Société, les fistules étaient fermées, il était dans un état de santé parfaite ; les bruits thoraciques avaient récupéré leur intégrité.

Cette observation présente un double intérêt de physiologie pathologique et de thérapeutique. Elle offre, en premier lieu, une production insolite de pus dans la plèvre à la suite d'un pneumo-thorax consécutif à un effort chez un homme non tuberculeux, jouissant jusqu'alors d'une excellente santé.

En second lieu, la guérison de l'empyème par la thoracotomie était digne d'attention à une époque où l'importance majeure de cette opération dans les suppurations de la plèvre n'avait pas encore été mise en relief par les recherches de M. Moutard-Martin et par les discussions de l'Académie de médecine.

N° 24. — 1865. — *Amélie-les-Bains ou bains d'Arles (Eaux d').*

(Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, 1865.)

Matière médicale et thérapeutique thermales et climatologie. Eaux sulfurées sodiques auxquelles j'ai rattaché l'histoire des eaux ferrugineuses alcalines du Boulou, qu'on emploie souvent comme complément de la cure à Amélie. Les eaux de cette station répondent aux indications des eaux sulfureuses moyennes. On a exagéré leur action sédative.

Comme station d'hiver, Amélie mérite de fixer l'attention, d'autant mieux qu'un certain nombre des sujets qui vont y chercher un climat favorable, peuvent être aussi dans le cas d'utiliser la cure thermale.

N° 25. — 1865. — *Amygdales (Histologie, physiologie et pathologie des).*

(Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, 1865.)

Cet article représente une monographie complète de la pathologie de ces organes. Après avoir indiqué leur structure histologique d'après les recherches les plus récentes, avoir montré que leur élément fondamental est le follicule clos qui tapisse les arrière-cavités des cryptes amygdaliennes, après avoir établi leur structure lymphoïde qui, au point de vue physiologique, les classe dans les organes destinés à l'élaboration de la lymphe, j'aborde leur pathologie qui comprend l'histoire de leurs corps étrangers, de leurs lésions inflammatoires simples, aiguës et chroniques, de leurs inflammations spécifiques (ulcères, chancres), de leurs lésions organiques (dégénérescences cancéreuses et fibro-plastiques), de leurs parasites (acéphalocystes, trichocéphales).

Les concrétions sont le résultat de la prolifération des épithéliums qui tapissent les cryptes amygdaliennes. Résultat d'un travail irritatif, elles se

présentent sous forme de concrétions caséiformes dont la présence devient à son tour une nouvelle cause d'inflammation. Lorsqu'elles s'incrustent de phosphates et de carbonates de chaux, elles passent à l'état de calculs des amygdales. La nature calcaire de ces calculs suffit à elle seule à démontrer l'erreur de ceux qui, les considérant comme de nature goutteuse, les ont assimilés aux tophus; ceux-ci étant essentiellement composés d'urates.

Concrétions et calculs ne fournissent souvent d'autre indication thérapeutique que de combattre l'inflammation qui leur a donné naissance. Parfois, en raison du travail inflammatoire qu'ils provoquent, il y a lieu de les extraire. Leur présence a même pu nécessiter l'ablation des amygdales.

L'amygdalite aiguë est décrite avec soin dans ses symptômes, sa marche et sa durée. Ses terminaisons différentes, selon qu'il s'agit d'une amygdalite superficielle ou d'un phlegmon des amygdales qui se termine assez fréquemment par un abcès, ont également été l'objet d'une description minutieuse qui nous a conduit à étudier comme possibles, en nous fondant sur des observations, la fusée des abcès amygdaliens le long des vaisseaux artériels du cou, la mort subite par asphyxie par suite de l'irruption subite du pus dans les voies aériennes, les coagulations sanguines dans les veines du cou par le fait de l'infiltration purulente des amygdales et des tissus voisins.

Nous avons signalé aussi la possibilité de l'ulcération de la carotide interne et l'hémorrhagie foudroyante qui a pu en être la conséquence, en raison des rapports anatomiques de ce vaisseau et des tonsilles.

Nous avons également indiqué les complications diverses qui peuvent survenir du côté de l'appareil auditif (trompe d'Eustache, oreille moyenne et interne).

Nous avons enfin établi l'existence des paralysies consécutives non-seulement à la diphthérie, mais aussi, quoique plus rarement, à l'amygdalite simple, et décrit avec soin la paralysie du voile du palais.

Après l'étude de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, du diagnostic et du pronostic, nous avons consacré de longs développements au traitement de l'amygdalite.

Tout en reconnaissant que c'est une maladie qui, abandonnée à elle-même, guérit spontanément et pourrait par conséquent être justiciable de l'expectation, nous avons pensé qu'en face d'une maladie aussi douloureuse et qui peut parfois, bien qu'exceptionnellement, entraîner des conséquences funestes, nous avons pensé qu'il y a lieu d'intervenir; et, passant en revue les différents moyens préconisés, les émissions sanguines, faisant l'histoire restrospective et contemporaine de la saignée des ranines, concluant à ne pas rejeter d'une manière absolue le secours de ce moyen thérapeutique trop délaissé aujourd'hui après les abus qui en avaient été faits, nous avons rejeté la méthode abortive représentée par les applications de poudre d'alun ou divers topiques irritants. La valeur des évacuants et de divers

autres moyens préconisés, a été discutée. Nous avons terminé ce chapitre de thérapeutique en rappelant les diverses indications et en formulant tel que nous le comprenons le traitement de l'amygdalite aiguë, basé sur les émissions sanguines lorsque leur nécessité est formelle, sur les soins hygiéniques, sur l'emploi des gargarismes émollients et narcotiques; plus tard sur celui des astringents.

L'amygdalite chronique ou hypertrophie des amygdales a été étudiée sous toutes les faces de ce sujet. Nous nous sommes particulièrement étendu sur ses conséquences et ses complications :

Altérations de l'ouïe, altérations de la voix ; gêne de la respiration, déformation de la voûte palatine et des parois de la poitrine; coryzas, bronchites, angines chroniques, répétition des amygdalites aiguës ; affaiblissement général, obstacle au développement physique et intellectuel, facies caractéristique.

Au point de vue du traitement, sans redouter, comme Headland, la suppression des amygdales en raison de leurs fonctions physiologiques qui trouvent dans l'organisme de nombreuses suppléances, et, sans faire également le procès à l'amygdalotomie à laquelle on est obligé de recourir en certains cas, nous avons fait remarquer, cependant, que cette opération n'est absolument exempte ni d'inconvénients, ni de dangers, et qu'elle ne prévient pas toujours le retour des angines. Nous avons, de plus, montré que l'hypertrophie des tonsilles peut guérir sans intervention chirurgicale par l'emploi judicieux d'une médication antidiathésique, lorsque celle-ci est indiquée, par l'emploi de topiques astringents et substitutifs, de douches appliquées sur les amygdales et sur le cou, et surtout par l'usage interne et local de la médication sulfureuse que Lambron a largement développée à Luchon.

Chancre des amygdales. — Chapitre court sur un sujet encore peu connu.

Cancer et fibro-plastique des amygdales.

L'intérêt de ce paragraphe se concentre principalement sur les confusions possibles et souvent commises entre le cancer des amygdales et les altérations syphilitiques secondaires et tertiaires des tonsilles, ainsi que sur les conséquences thérapeutiques qui peuvent être la suite de ces méprises.

Parasite des amygdales ; exemples très-rares d'acéphalocystes et de tricocéphales rapportés par M. Davaine. — Une bibliographie étendue est annexée à ce travail sur la pathologie amygdalienne.

N° 26. — 1865. — *Angines.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1865).

Cet article, comme le précédent, est une monographie relative à toutes les

déterminations morbides gutturales, *pharyngées*, dans lesquelles intervient l'inflammation à quelque époque, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit, à l'exception de l'angine *couenneuse diphthéritique* qui en a été distraite pour des motifs de rédaction.

Les angines se divisent en deux grandes classes : angines *aiguës* et angines *chroniques*. Les angines *aiguës* comprennent elles-mêmes de nombreuses subdivisions, dont l'énumération donne l'idée de la conception de ce travail. Un premier groupe renferme les angines *inflammatoires simples* dont il convient de rapprocher l'*angine couenneuse commune*, l'*angine herpétique* ou *herpès guttural*, l'*angine aphtheuse*.

Immédiatement après les angines inflammatoires franches, et comme élément de transition entre les angines légitimes et les inflammations spécifiques de la gorge, nous étudions les angines compliquées d'éléments morbides, angines *catarrhale*, *gastrique*, *bilieuse*.

Les angines spécifiques comprennent l'angine *érysipélateuse*, celle du *rhumatisme articulaire aigu*, l'*angine goutteuse*, l'angine de la *stomatite ulcéro-membraneuse*, et l'angine *scorbutique*.

Elles contiennent encore les angines par *poisons morbides* et des *pyrexies* (angines *scarlatineuse*, *varioleuse*, *morbilleuse*). Ici prennent place l'angine *morveuse* et l'angine *des affections charbonneuses*, l'angine *de la fièvre typhoïde* et celle *de la fièvre palustre*.

Dans les angines par poisons minéraux ou végétaux, il faut distinguer celles qui agissent comme poisons irritants, comme caustique concentré. Leur étude se rattache à celle de l'amygdalite simple. Les autres sont l'angine *mercurielle*, celle du *tartre stibié*, de l'*iodure de potassium*; celle des *solanées vireuses*.

Nous avons discuté les raisons pour lesquelles nous ne consacrons pas de paragraphes à l'angine *maligne* et à l'angine *pultacée*, considérées comme espèces.

Les angines aiguës simples, dont l'histoire rentre en grande partie dans celle de l'amygdalite, nous ont cependant offert à étudier plus particulièrement certaines pharyngites et notamment celles qui donnent lieu aux abcès rétro-pharyngiens dont l'étude offre un si grand intérêt sous le rapport de leurs symptômes, de leur diagnostic, de leur confusion possible avec le croup, et de la nécessité fréquente d'une intervention dont l'absence peut compromettre la vie du malade.

L'angine *couenneuse commune*, dont il convient de rapprocher *l'herpès de la gorge*, est la démonstration de cette grande loi de pathologie générale, d'après laquelle l'organisme n'ayant à sa disposition qu'un nombre restreint de modes de réaction contre les innombrables causes morbides qui peuvent l'assaillir, reproduit souvent la même lésion sous l'influence de causes variées. C'est ainsi que dans l'angine couenneuse commune et l'herpès de

la gorge, nous le voyons, sous l'influence de causes banales, le froid d'ordinaire, engendrer un produit pathologique, la fausse membrane, qui fut considéré comme l'apanage exclusif d'une maladie spécifique, la diphthérie.

J'ai tenu à donner d'autant plus de soin et d'étendue à l'étude de ces deux angines si importantes au point de vue du diagnostic et du pronostic qui emportaient l'indication du traitement, que les vérités que je viens d'énoncer n'avaient été mises en lumière que récemment et qu'elles venaient d'être l'objet des importants travaux de Trousseau et surtout de Gubler.

L'histoire des angines *catarrhales*, *gastriques* et *bilieuses*, soulève, à côté d'une question de doctrine, une question de diagnostic et de thérapeutique que j'ai cherché à élucider le mieux qu'il m'a été possible. C'est ainsi que M. Barthez a montré que, dans l'angine catarrbale, le traitement substitutif, et notamment, les applications d'alun, jouissent de propriétés abortives qu'on leur a attribuées à tort dans l'angine franche, surtout si on les seconde par la médication évacuante.

L'*angine érysipélateuse* se rattache à l'histoire de l'érysipèle interne, question d'actualité, encore peu vulgarisée à l'époque où j'écrivais cet article, et qui m'a engagé à donner un notable développement à la description de cette espèce d'angine.

Plus contestée, moins connue encore peut-être que celle de l'érysipèle, était également à cette époque l'angine du *rhumatisme aigu*. C'est pourquoi j'ai tenu à rappeler ses rapports avec les déterminations articulaires, à établir, autant que possible, ses caractères, à rappeler qu'elle pouvait emprunter la physionomie de l'herpès de la gorge, ainsi que le démontrent deux faits empruntés par Raphaëlian à la clinique de M. Gueneau de Mussy.

J'ai mentionné, pour la battre en brèche, l'*angine goutteuse* décrite par Sauvages, Musgrave, Peterson, J. Barthez, dont l'existence ne repose pas sur des faits suffisamment démonstratifs, et décrite théoriquement d'après des opinions erronées sur la composition des calculs des amygdales, ainsi que je l'ai précédemment montré.

L'*angine de la stomatite ulcéro-membraneuse*, inconnue jusqu'à la publication du mémoire de M. Jules Bergeron, présente des caractères qui lui sont propres et que j'ai retracés d'après la description qu'il en a donnée.

Comme celle de l'angine goutteuse, l'existence de l'angine *scorbutique* ne repose guère pour moi que sur des erreurs d'observation ou sur des erreurs médicales.

La description de l'angine *scarlatineuse* a été l'objet d'un soin particulier. On doit en distinguer deux formes essentielles : 1° l'angine initiale *pultacée* dont la *foliacée* n'est qu'une variété, angine bien connue, généralement bénigne, celle à propos de laquelle Trousseau a pu dire que la scarlatine n'aime pas le larynx.

2° L'angine tardive à forme *diphthérique* ou *diphthéroïde*, selon l'expression

de M. G. Sée, survenant dans les scarlatines graves ou même bénignes, aux 8e, 9e jour ou plus tard, alors que la fièvre est tombée, que l'éruption a disparu et qne la convalescence paraît s'établir. C'est elle qui s'accompagne du croupe scarlatineux décrit par Graves et M. Sée, des bubons scarlatineux avec leurs conséquences.

Suivent l'étude détaillée de l'angine *varioleuse*, la description succincte des angines *morbilleuses, de la morve et du farcin, des affections charbonneuses* beaucoup moins importantes, exceptionnelles en ce qui regarde ces dernières, mais auxquelles il fallait accorder une place puisqu'il en existe des exemples.

Parmi les angines des pyrexies nous avons tenu à bien établir les différentes espèces d'angines qu'on peut observer au cours de la *fièvre typhoïde* et les diverses formes qu'elles peuvent revêtir, parce que ce sujet, jusqu'alors peu étudié, était insuffisamment connu. C'est ainsi que nous avons été conduit à admettre une forme *érythémateuse*, une forme *aphtheuse*, une forme *pultacée* et enfin une forme *grave, diphthérique* qui peut venir compliquer la fièvre typhoïde, ainsi que l'a établi M. Oulmont, d'après des observations recueillies à l'hôpital Saint-Antoine.

Les angines *toxiques* sont généralement le résultat d'une intervention thérapeutique et il faut être bien fixé sur la possibilité de leur production, ainsi que sur leur signification.

L'angine *mercurielle* n'est en général qu'un épiphénomène de la stomatite mercurielle, et il ne paraît pas y avoir lieu d'admettre, comme on la voulu, une angine résultat d'une hydrargyrose chronique.

L'angine du *tartre stibié* est le résultat de l'action directe de l'émétique sur l'isthme du gosier et non le signe d'une *saturation* antimoniale.

De l'*angine iodique* qu'on peut observer non-seulement à la suite de l'ingestion des préparations iodées, mais encore, comme conséquence d'injections dans des cavités, j'ai rapproché les autres symptômes d'iodisme qui peuvent la précéder, l'accompagner ou la suivre, et servir à en fixer la signification.

L'histoire de *l'angine gangréneuse* est un chapitre de nosologie, de thérapeutique et de critique médicale. Il s'agissait en effet d'en établir la réalité, alors qu'après l'avoir admise d'une manière banale, on était venu à la nier à grand tort et à en rapporter tous les cas à la diphthérie.

Nous nous sommes servi, pour écrire ce paragraphe, des documents qui existaient dans la science, dans les travaux de Gubler, de Trousseau, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, ainsi que d'une observation personnelle. Notre description se rapporte à l'angine gangréneuse primitive indépendante d'autres espèces d'angines.

Le cadre des angines chroniques se restreint dans la circonscription de l'angine *glanduleuse*, de l'angine *scrofuleuse* et de l'angine *syphilitique*.

Le livre de M. Gueneau de Mussy nous a fourni les éléments de notre étude sur l'angine glanduleuse. Il ne nous avait guère laissé à y ajouter. Le côté étiologique et thérapeutique de cette affection rebelle a été l'objet particulier de notre attention.

Avant notre travail, l'histoire de l'angine *scrofuleuse grave*, du *lupus de la gorge* étudié par un auteur anglais était assez négligée en France. Elle avait cependant été observée par des médecins de l'hôpital Saint-Louis et par M. Sée à l'hôpital des Enfants.

J'ai eu depuis cette époque l'occasion d'en faire l'objet de nouvelles publications. J'ai particulièrement insisté sur le traitement général et local de cette redoutable maladie.

L'angine scrofuleuse *bénigne* est une des formes de l'angine glanduleuse.

L'angine *syphilitique* a été à peu près complétement décrite à l'occasion des maladies des amygdales.

Ce mémoire se termine par une bibliographie très-étendue.

N° 27. — 1865. — *Arthritis, Arthritisme et Arthritides.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Cet article est un chapitre d'histoire, de nosographie et de critique médicale.

Après avoir rappelé les différentes significations du mot arthritis aux diverses époques de la médecine, je définis le sens que lui donnent aujourd'hui Bazin, avec Chomel et Grisolle, M. Pidoux. La base essentielle de la doctrine de Bazin est la réunion en un même état morbide constitutionnel de la goutte et du rhumatisme. Tout au plus devrait-on considérer ces deux affections comme les deux branches d'un même tronc. Après avoir exposé la doctrine, les raisons que font valoir les partisans de cette identification de la goutte et du rhumatisme, j'ai conclu à la séparation de ces maladies en présentant les arguments à l'appui de mon opinion, et notamment la différence des causes qui engendrent le rhumatisme et la goutte, le caractère plus accidentel du premier, l'influence plus manifeste qu'exercent sur lui les conditions anti-hygiéniques et notamment l'action du froid, ainsi que l'a fait observer M. Gueneau de Mussy. Nous avons surtout fait valoir la distance que met entre la goutte et le rhumatisme, la présence de l'acide urique dans le sang des goutteux. Nous avons montré qu'au point de vue de ses conséquences thérapeutiques, la doctrine de l'arthritisme peut aussi être battue en brèche.

Quant à la doctrine des arthritides, c'est-à-dire des affections cutanées relevant directement de l'arthritisme et lui empruntant des caractères qui lui sont propres, nous avons fait voir, avec M. Hardy, que cette doctrine qui

compte dans la science plus d'un ancêtre, ne s'appuie pas sur les caractères tirés du siége, de la forme, des manifestations cutanées, de la nature des produits sécrétés, des récidives, des troubles fonctionnels. Malgré les raisons qui nous semblaient plaider contre la théorie de l'arthritisme et des arthritides nous avons conclu cependant que la question ne pouvait être jugée en dernier ressort, sans appel, et qu'il fallait attendre de nouvelles études cliniques et de nouvelles expériences thérapeutiques. — Indications bibliographiques.

N° 28. — 1866. — *Collaboration au Manuel de pathologie et de clinique médicale de Tardieu.*

J'ai inséré dans ce livre les chapitres suivants :

Ataxie locomotrice, Leucocythémie, Atrophie musculaire progressive, Mélanhémie, Dégénérescence amyloïde, Paralysie agitante, Ictère grave, Maladie d'Addison, Goître exophthalmique, Rhumatisme noueux, Syphilis viscérale, Ulcère simple de l'estomac.

Ces chapitres, lorsqu'ils ont été publiés, présentaient sous la forme condensée que commendait la nature du livre, l'état de la science à cette époque. J'ai fait, en outre, des additions à un assez grand nombre de chapitres, et complété dans de notables proportions la bibliographie de cet ouvrage.

N° 29. — 1866. — *De l'État fébrile.*

(Thèse d'agrégation.)

Après avoir tracé le tableau des phénomènes de l'état fébrile considéré en lui-même, abstraction faite des causes qui lui ont donné naissance, j'analyse successivement les troubles des différents appareils organiques qui surviennent par le fait de cet état morbide, et je décris la température dans la fièvre. J'ai attribué à ce chapitre une place prédominante. On doit effectivement considérer, aujourd'hui, la température comme le phénomène fondamental de l'état fébrile, que celui-ci soit aigu ou lié à une affection chronique. Vient ensuite l'étude fort intéressante, mais subordonnée à celle de la chaleur, des troubles de la circulation. Des tracés sphygmographiques indiquent l'état du pouls dans diverses maladies fébriles. Suit l'étude des troubles respiratoires, des troubles des sécrétions et des excrétions, des altérations des fonctions nerveuses dans la fièvre.

Je me suis particulièrement attaché à l'étude des troubles des sécrétions. Conjointement avec les modifications de la température, elles occupent actuellement la première place dans l'histoire de l'état fébrile. Elles sont subordonnées les unes aux autres, ou, pour préciser davantage, l'élévation

de la température est en rapport direct avec l'intensité des troubles de nutrition, avec l'exagération des combustions organiques. Cette proposition est démontrée par l'annexion à mon travail de tableaux empruntés à différents auteurs et notamment à Wachsmunth, à Huppert, à Moos, à Uhle, à Brattler qui, par la mesure des éléments contenus dans l'urine, démontrent l'augmentation des produits de combustion et notamment de l'urée. Ces vérités, malgré les objections qui ont pu leur être faites, sont, à cette heure, devenues classiques. Elles ne l'étaient pas quand j'ai composé ce travail.

Viennent ensuite une étude sur les congestions dans l'état fébrile, sur les rapports qui existent entre la température, le pouls et la respiration; puis une description de la marche, des terminaisons, des types et formes de l'état fébrile.

Le chapitre de la physiologie pathologique de l'état fébrile est un examen critique des diverses théories émises pour en expliquer la production. Notre conclusion a dû être celle-ci : Une physiologie inattaquable de l'état fébrile est encore à trouver.

Après avoir passé en revue les causes de l'état fébrile, sa signification diagnostique et pronostique dans les maladies aiguës ou chroniques, nous avons abordé et étudié longuement les indications thérapeutiques fournies par la fièvre.

Ce chapitre a été pour nous l'occasion, après avoir établi l'importance de l'hygiène et de la diététique, d'examiner la valeur des principaux agents vantés comme antypyrétiques (digitale, vératrine, aconit, sulfate de quinine, alcool, hydrothérapie).

N° 30. — 1866. — *Ax (Eaux d')*.

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Sources sulfureuses sulfhydriquées qui, au point de vue de leur minéralisation, peuvent être divisées en faibles, moyennes et fortes. Ces eaux, très-étudiées par Fontan et Garrigou, présentent le curieux phénomène du *bleuissement* par leur exposition au contact de l'air, bleuissement qui n'est qu'un degré affaibli du *blanchiment* que nous retrouverons à Luchon. Les affections qui ressortissent ordinairement aux sulfureuses sont celles qu'on traite avec succès à Ax, c'est-à-dire le rhumatisme, le catarrhe des muqueuses et certaines dermatoses. Ce qui constitue leur caractéristique thérapeutique est l'étendue de la gamme des sources considérées au point de vue de la température et de la minéralisation ; ce qui permet de traiter, dans cette station, certaines maladies irritables, telles que certains rhumatismes, certaines affections des muqueuses ou de la peau qui, en dehors de ces conditions, supporteraient difficilement le traitement thermal. — Bibliographie.

N° 31. — 1866. — *Bagnères-de-Bigorre et Labassère (Eaux de).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie).

Station remarquable par ses très-nombreuses sources, la minéralisation faible de celles-ci, leurs températures variées. Les névralgies externes, les névroses du tube digestif, les maladies de femmes sont les affections les plus nombreuses qui se traitent près de ces sources, dont les applications se rapprochent de celles de Néris, de Plombières, de Bains. J'ai résumé de la façon suivante leurs propriétés médicales : Un heureux assemblage de sources en général peu minéralisées, hyposthénisantes et sédatives, ou au contraire toniques, excitantes même, selon la température, la composition, le mode d'administration, en un mot une médication puissante par ses ressources multipliées, mais réclamant par cela même, pour qu'on puisse en tirer tous les avantages qu'elle comporte, une direction médicale attentive et incessante, tels sont les caractères thérapeutiques des eaux de Bagnères-de-Bigorre.

Quelques lignes sont consacrées à Bigorre considéré comme climat d'hiver.

J'ai cru devoir rattacher à l'histoire de Bigorre celle des eaux si différentes de Labassère, en raison des applications incessantes de ces eaux sulfureuses qui sont faites à l'établissement de Théas de Bagnères. J'ai décrit et figuré l'ingénieux appareil qui sert à les transporter intactes à Théas. J'ai insisté sur la propriété de conservation reconnue et tout à fait particulière à ces sulfureuses, propriété qui en fait essentiellement des eaux d'exportation. — Bibliographie.

N° 32. — 1866. — *Bagnères-de-Luchon (Eaux de).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux sulfureuses remarquables par leur aménagement, la richesse, la multiplicité des sources, la transformation des sulfures de certaines sources en polysulfures, transformation qui constitue les eaux blanchissantes, qu'on peut considérer au point de vue chimique comme dégénérées, mais qui, au point de vue thérapeutique, sont simplement transformées et acquièrent, par le fait de cette transformation, de nouvelles propriétés médicales dans les cas qui nécessitent des eaux moins excitantes que les sulfureuses dans leur intégrité. D'ailleurs, applications communes aux sulfureuses. — Bibliographie.

N° 33. — 1866. — *Bagnoles (Eaux de) (Orne).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux à faible minéralisation. La prédominance incertaine d'un principe minéralisateur, conduit à les rapprocher des indéterminées dont elles présentent d'ailleurs la plupart des applications. Une notoriété justifiée dans le traitement de certaines formes de dyspepsies, et notamment des dyspepsies à formes douloureuses, représente la caractéristique thérapeutique de cette station. — Bibliographie.

N° 34. — 1866. — *Bagnols (Eaux de) (Lozère).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux sulfurées sodiques sulfhydriquées puissantes et à haute température. Les traitements à température élevée y sont en honneur. Il ne faut donc pas s'étonner, disais-je, de voir le rhumatisme au premier rang des maladies qu'on soigne à Bagnols, en constituer la principale et presque l'unique spécialisation. Quant au traitement de l'endocardite rhumatismale par les eaux sulfureuses et les hautes températures, vanté par Dufresse de Chassaigne, tout en reconnaissant que ce médecin avait appelé l'attention sur un point intéressant de médecine thermale, nous avons fait nos réserves et sur les succès obtenus et sur les dangers que pourrait faire courir une intervention aussi active.

N° 35. — 1866. — *Bains (Eaux de).*

(Nouveau Dictionnaire de Medecine et de Chirurgie.)

Eaux à minéralisation faible qui, de ce fait, ont subi des vicissitudes dans leur classification chimique. Sulfatées sodiques pour les uns, chlorurées sodiques pour les autres, elles doivent, en fin de compte, être rangées dans ces indéterminées, riches en sources de température variable de 29 à 50 degrés. La médication de Bains représente donc surtout une hydrothérapie thermale reconstituante, excitante ou sédative, selon les modes d'application; qui s'adapte particulièrement au traitement du rhumatisme nerveux, de la gastralgie, de quelques paralysies *à frigore,* ainsi qu'aux névropathies.

N° 36. — 1866. — *Balaruc (Eaux de).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux chlorurées sodiques fortes, de thermalité élevée. Administrées en bains, en douches latérales, ascendantes, utérines, en étuves, en boisson,

elles se spécialisent dans le traitement de la scrofule, comme la plupart des chlorurées sodiques; du rhumatisme, des paralysies, des paralysies d'origine périphérique notamment, des paralysies infantiles. J'ai fait remarquer que, bien que les recherches modernes aient démontré l'origine centrale médullaire de la plupart de ces dernières, le peu d'activité du processus morbide, à une certaine période de la maladie, ne contre-indique pas l'intervention d'une médication active. Relativement au traitement des paralysies d'origine cérébrale, les eaux de Balaruc présentent les mêmes difficultés d'opportunité que les autres chlorurées sodiques, que celles de Bourbon-l'Archambault, par exemple. — Bibliographie.

N° 37. — 1866. — *Baréges* (*Eaux de*).

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Sulfurées sodiques fortes thermales, riches en matières organiques qui ont emprunté à ces sources le nom de barégine. Essentiellement excitantes, agissant surtout par action substitutive, mais s'adressant aussi à l'élément diathésique qui domine la plupart des états morbides qui s'adressent aux eaux sulfureuses, celles de Baréges sont curatives par la combinaison de l'action substitutive locale et de l'impulsion nouvelle exercée sur les dispositions constitutionnelles locales héréditaires et acquises. Telle est la formule d'une médication empruntée à une minéralisation puissante et singulièrement fixe, comme l'a montré M. Filhol, aidée par des degrés variés de thermalité et souvent par l'influence de l'altitude particulière de cette station dont la spécialisation se concentre dans le traitement des affections scrofuleuses des os et des articulations, dans celui des lésions traumatiques, des anciennes blessures par armes à feu, des affections cutanées, des ulcères à forme torpide, à condition toutefois d'en surveiller et d'en modérer, s'il y a lieu, les effets trop irritants.

Les paralysies périphériques, rhumatismales, celles qui sont dues à des intoxications, y sont également traitées avec succès.

N° 38. — 1866. — *Boues minérales.*

(*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Agents adjuvants de la médication hydro-minérale.

Elles se divisent en deux classes :

1° Limon minéral ou boues proprement dites, employées en France dans quelques stations et notamment à Saint-Amand, Dax, Bourbonne, et surtout à l'étranger, à Franzensbad, à Tœplitz, à Carlsbad.

4

2° Limon végétal ou confervoïde, particulièrement employé en applications topiques comme moyen de prolongation d'action de l'eau minérale, surtout usité à Néris, à Dax, à Luchon.

N° 39. — 1866. — *Bourbon-l'Archambault (Eaux de).*

(Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, 1866.)

Chlorurées sodiques moyennes de haute thermalité. — Trois groupes de maladies, les paralysies, les rhumatismes et les scrofules, forment le contingent principal des affections traitées à Bourbon-l'Archambault. Toutes les paralysies d'origine périphérique ou liées à un état général de l'organisme, celles qui sont indépendantes de lésions organiques, de mouvements inflammatoires vers les centres nerveux, font essentiellement partie du domaine de la thérapeutique énergique représentée à Bourbon-l'Archambault.

Mais nous avons fait des réserves qui nous paraissent justifiées, sur le traitement extrêmement actif que quelques médecins, Regnault à leur tête, prétendent instituer avec avantage à Bourbon-l'Archambault contre les paralysies suite d'apoplexie cérébrale, et d'origine récente. Tout en reconnaissant que le péril pouvait être atténué par les propriétés laxatives de l'eau de Jonas, par le large usage des *cornets*, sorte de ventouses dont on fait large emploi dans cette station, nous avons montré les craintes que peut inspirer un traitement fondé sur l'usage de bains de piscine à 35° et de douches d'une hauteur de deux mètres à 45° et 48° sur les membres paralysés. — Bibliographie.

N° 40. — 1866. — *Bourbon-Lancy (Eaux de).*

(Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, 1866.)

Eaux de faible minéralisation, avec prédominance du chlorure de sodium, mais devant être rapprochées des indéterminées telles que Néris, Plombières, Bains, dont elles partagent en partie les propriétés thérapeutiques, notamment en ce qui concerne le traitement si difficile du rhumatisme articulaire actuellement douloureux, avec éréthisme fréquent du système nerveux, ou de celui dans lequel les accidents aigus reparaissent volontiers sous l'influence du traitement hydro-minéral. Il faut tenir grand compte aussi de la gamme étendue de thermalité des eaux de Bourbon-Lancy. — Bibliographie.

N° 41. — 1866. — *Bourbonne-les-Bains (Eaux de).*

(Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux chlorurées sodiques de haute thermalité. Les indications et les maladies qu'on y traite sont à peu près les mêmes qu'à Bourbon-l'Archambault.

Mais il est intéressant de mettre la réserve des médecins de Bourbonne dans le traitement des paralysies apoplectiques, en regard de la pratiqne bardie de ceux de Bourbon-l'Archambault. Le traitement de la scrofule devrait y être plus développé qu'il ne l'est effectivement. Bourbonne est en possession d'une antique réputation dans la cure des accidents consécutifs aux fractures. Nous avons montré, après discussion, que la pratique ancienne de n'envoyer que tardivement à Bourbonne les malades atteints de fracture, dans la crainte de voir survenir le ramollissement du col, n'était pas fondée, en dehors de certaines conditions déterminées. — Biblograpbie.

N° 42. — 1866. — *Bussang (Eau de)*

(Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Ferrugineuses froides bicarbonatées. Présentant les mêmes applications que la plupart des ferrugineuses de cette classe.

N° 43. — 1867. — *Sur un cas de leucocythémie splénique chez un vieillard.*

(Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux.)

L'intérêt qui s'attacbe à ce fait dont l'observation a été complétement rapportée à la Société, ainsi que les détails anatomiques, et l'étude histologique faite par M. Hayem, étude qui ne peut laisser de doutes sur sa signification, se rapporte principalement à l'âge du malade, vieillard de 73 ans. La leucocythémie est surtout une maladie de l'âge adulte.

Il y avait également lieu de noter l'absence de tout symptôme propre à la leucocytbémie, autre qne l'œdème des membres inférieurs, la faiblesse et une diarrhée terminale.

Le tableau de la maladie était tellement fruste que le diagnostic n'a pu être posé que par voie d'exclusion.

N° 44. — 1867. — *Carlsbad (Eau de).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

En raison de l'importance tbérapeutique de cette source, de sa grande notoriété, jai dû lui consacrer d'assez longs développements. — D'aprète l'analyse la plus récente, à cette époque, celle Ragsky, ces eanx doivent être classées parmi les eaux mixtes sulfatées sodiques et carbonatées sodiques. Après avoir exposé leurs effets pbysiologiques, je les ai étudiées dans les quatre grands groupes d'états morbides qui constituent leur spécialisation thérapeutique. Les affections du tube digestif et surtout de ses annexes, le

foie et la rate, la goutte, la gravelle, le diabète. J'ai établi leurs indications et leurs contre-indications dans ces diverses maladies et les ai rapprochées de quelques sources qui peuvent être mises en parallèle avec elles. J'ai également fait l'examen critique des théories insuffisantes à l'aide desquelles on voudrait expliquer leur action. — Bibliographie.

N° 45. — 1867. — *Cauterets (Eaux de).*

(Nouveau Dictionnaire de Medecine et de Chirurgie.)

J'ai décrit avec soin les richesses hydro-minérales de cette importante station sulfurée sodique, remarquable par la multiplicité de ses sources et les températures variées de celles-ci. Après avoir insisté sur les qualités de son climat, après avoir étudié les propriétés physiologiques de ses eaux, communes, d'ailleurs, à la plupart des sulfureuses et qui peuvent se résumer dans l'excitation des différents appareils organiques, j'ai indiqué leurs applications thérapeutiques dans les maladies qui y sont traitées avec succès et qui rentrent d'ailleurs dans les groupes d'états morbides qui ressortissent ordinairement aux sulfureuses, en m'attachant à établir leur spécialisation dans les affections qui leur out créé une si grande notoriété, c'est-à-dire dans les maladies chroniques du larynx et de l'arrière-gorge. — Bibliographie.

N° 46. — 1867. — *Choléra asiatique.*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Monographie la plus complète, au moment où je l'ai écrite, de l'histoire de cette redoutable maladie populaire à laquelle je n'ai pas consacré moins de 160 pages. L'aperçu historique donne une idée exacte des études et des travaux faits sur cette maladie depuis les plus anciennes descriptions données en Orient jusqu'à notre époque. J'ai eu soin de montrer qu'un certain nombre de travaux qu'on a cru devoir faire rentrer dans l'étude du choléra asiatique, appartiennent au choléra nostras.

La question étiologique était une question d'actualité à laquelle j'ai consacré tous les développements qu'elle comportait. Je me suis déclaré franchement partisan de la transmissibilité, que je crois avoir péremptoirement démontrée en m'appuyant sur les très-nombreux documents qui nous sont parvenus depuis 1849, et notamment sur les importantes recherches de M. Fauvel.

L'étude synthétique et analytique des symptômes me semble donner une idée absolument exacte de cette maladie. Les trois épidémies que j'avais été à portée d'observer depuis 1849, me plaçaient dans des conditions favorables

pour cette description. J'ai insisté sur la portée de la diarrhée prémonitoire, sur la nécessité de l'enrayer pour prévenir le développement du choléra confirmé. J'ai fait voir l'importance qu'il y a, sous ce rapport, à séparer la diarrhée prémonitoire de la cholérine qui est déjà une forme atténuée, il est vrai, du choléra installé dans l'organisme. J'ai plus particulièrement étudié et discuté la valeur de symptômes plus récemment observés, de ceux qui se passent du côté de l'appareil urinaire.

Les récentes épidémies ont fourni l'occasion de mieux étudier et de mettre mieux en relief qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, les accidents de convalescence et les suites du choléra. Ainsi en a-t-il été pour les troubles des fonctions urinaires, pour la glycosurie, pour les contractures des extrémités, les paralysies, l'aliénation mentale.

L'anatomie pathologique ne contient pas seulement la description des altérations visibles à l'œil nu, mais encore de celles que nous révèle le microscope.

La physiologie pathologique nous a permis d'établir le mécanisme de la production des symptômes et le mode d'enchaînement qui les subordonne les uns aux autres.

Le traitement se divisait naturellement en prophylaxie et en traitement de la maladie constituée.

La prophylaxie se déduisait de nos opinions justifiées, nous le croyons, sur la transmissibilité du choléra. L'isolement des cholériques dans les hôpitaux en était la conséquence. Nous avons envisagé ces questions très-discutées sous leurs différentes aspects.

Pour le traitement du choléra confirmé, nous avons fait l'examen critique des différentes médications ou des divers médicaments préconisés. La valeur des injections veineuses récemment vantées a été l'objet d'une étude particulière. Nous avons conclu à l'inanité des prétentions des médications spécifiques et nous avons terminé par un résumé thérapeutique étendu. — La bibliographie a reçu un développement considérable.

N° 47. — 1868. — *Coryza.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Nous avons traité l'histoire de cette maladie si vulgaire, si banale, et pourtant parfois si sérieuse, dont l'existence se lie à tant de maladies générales et soulève d'importantes questions de pathologie générale, avec plus de détails qu'on ne l'avait fait jusqu'alors.

L'étude du coryza comprend celle du coryza *aigu* et celle du coryza *chronique*.

Le coryza aigu est *simple*, de cause banale, ou bien il est *spécifique*. Le coryza aigu simple avec ses complications, ses suites (maladies des sinus,

polypes muqueux), comprend nne variété importante, le coryza des *nouveau-nés*, dont nous avons dû donner nne description particulière.

Le coryza aigu *spécifique* comprend les coryzas des *pyrexies*. En tête de ceux-ci se place celui de la *rougeole*. Puis vient le coryza de la *scarlatine*, généralement secondaire et pseudo-membranenx, le coryza de la *variole*, le coryza *morveux*.

Le coryza par poisons minéraux est un phénomène de l'*iodisme* et même du *bromisme*, malgré les discussions élevées au sujet de ce dernier.

Le coryza chronique est simple ou ulcéreux. Ce dernier constitue l'ozène.

Le coryza chronique simple occupe les fosses nasales antérieures (*coryza antérieur*) ou les fosses nasales postérieures (*coryza postérieur*) dont l'histoire se relie surtout à celle de l'angine glanduleuse. Dans l'étude du coryza chronique ulcéreux nous avons insisté snr l'étude des ulcérations, snr leurs complications, leur siége, le moyen de les reconnaître, sur l'emploi de la rhinoscophie, sur la punaisie dont elles sont souvent l'origine.

L'étiologie et le traitement occupent nne place considérable dans mon travail. En dehors des agents généraux qui agissent sur l'organisme, je me suis attaché au traitement local, et notamment à ces larges irrigations des fosses nasales qui consistent à faire entrer par une narine des litres entiers de liquide qui, à l'aide de quelques artifices d'opération, sortent par la narine opposée après avoir traversé les fosses nasales. Ces irrigations qui se font avec de l'eau pure ou des liquides modificateurs commencent à devenir d'un usage plus fréquent qu'autrefois et rendent d'énormes services dans le traitement du coryza chronique, surtout de celui qui s'accompagne de punaisie. — Bibliographie.

N° 48. — 1868. — *Condillac (Eaux de)*.

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux bicarbonatées calciques froides, renfermant une forte proportion d'acide carbonique, formant avec quelques autres un groupe d'eaux minérales naturelles qu'on recherche comme *eaux de table*, et trouvant surtout leur emploi dans quelques formes de dyspepsies.

N° 49. — 1868. — *Contrexéville (Eaux de)*.

(Nonveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Eaux sulfatées calciques dont l'intérêt se concentre dans la spécialisation qui leur est attribuée dans le traitement des maladies des organes urinaires.

Après nous être élevé contre la pratique ancienne, contre laquelle les méde-

cins de cette station semblent aujourd'hui réagir et qui consistait en l'ingestion d'énormes quantités d'eau, après en avoir montré le danger, nous avons établi dans quelles affections des organes urinaires, ces eaux sont applicables, à quelles conditions elles sont utiles, dans quelles circonstances telle ou telle espèce de gravelle en est justiciable; nous avons expliqué le mécanisme de leur mode d'action en rejetant de prétendues vertus lithontriptiques qui ne peuvent plus être acceptées par la science moderne. Nous avons relevé avec soin les contre-indications.

Contrairement aux opinions opposées d'autres auteurs, nous avons admis qu'aujourd'hui les faits sont trop nombreux pour qu'il soit permis de ne pas attribuer aux eaux de Contrexéville une action effective dans l'amélioration ou la guérison de la diathèse goutteuse considérée en elle-même, abstraction faite de la localisation de ses déterminations morbides.

L'importance de Contrexéville justifie les développements que nous avons donnés à son histoire.

N° 50. — 1869. — *Dax (Eaux de).*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Sulfatées mixtes, de faible minéralisation, sources nombreuses thermales et hyperthermales. Emploi local de boues et de conferves. L'emploi de ces eaux, qui peuvent être rapprochées de Néris, de Plombières, se restreignait, à l'époque de cette publication, dans le cercle étroit du traitement du rhumatisme. Le nouvel établissement n'était pas encore créé.

Après cet article sur Dax, le dernier de la série de ceux que j'ai insérés dans le *Dictionnaire* sur les eaux minérales, qu'il me soit permis de faire remarquer, en quelques lignes, dans quel esprit j'ai conçu ces travaux de thérapeutique thermale.

J'ai puisé pour rédiger ces articles, dans lesquels la bibliographie jouait un rôle important, aux sources les plus authentiques, et n'ai eu recours qu'aux documents signés des noms les plus autorisés dans la médecine hydrologique. J'ai rejeté, dans les indications thérapeutiques, les maladies dont la série banale figure dans un grand nombre d'écrits d'hydrologie, pour m'attacher seulement aux affections ou aux groupes d'affections qui relèvent positivement de la médication représentée par telle ou telle source.

J'ai particulièrement insisté sur la spécialisation des sources dans telle ou telle maladie. Je suis convaincu que l'avenir de la thérapeutique hydrologique est dans de l'étude, la spécialisation des eaux minérales, je ne dis pas de leur spécifité. Je ne crois pas, en effet, à la spécifité en thérapeutique, si ce n'est dans certaines conditions déterminées et restreintes qui ne sont pas applicables à la médecine thermale.

J'ai été, en outre, guidé par cette pensée, qu'ayant à choisir entre des sources de propriétés, en apparence, adéquates, il y a un grand avantage

pour la cure d'une maladie déterminée, à conseiller la station où on a une plus grande habitude de traiter cette maladie.

J'ai, également, étudié avec soin la matière médicale des eaux minérales. Sa connaissance est indispensable au médecin pour diriger les malades dans l'application des eaux minérales.

N° 51. — 1869. — *Chloral.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1re série, t. II, 1869.)

Observation de congestion méningo-spinale *à frigore*, contracture douloureuse des membres postérieurs, du cou, du tronc, des membres inférieurs, accélération considérable des battements du cœur, en dehors de tout état fébrile, par le fait de l'irritation de la moelle ; guérison des contractures du cou et du tronc par les émissions sanguines locales ; persistance des contractures des muscles des membres inférieurs ; guérison de celles-ci par le chloral.

N° 52. — 1869. — *Sur un cas d'hémorrhagie de la protubérance annulaire avec albuminurie et accompagnée de symptômes simulant ceux de l'urémie à forme asthmatique et comateuse. — Intégrité de la substance des reins. — Quelques considérations sur la physiologie pathologique de l'albuminurie et la dyspnée.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux.*)

Ce titre résume les points intéressants de cette observation curieuse et rare au point de vue de la production de l'albuminurie, puisqu'à cette époque il n'en existait probablement encore dans la science qu'un seul exemple. — J'ai montré, dans la discussion de mon observation, que la lésion de la protubérance avait réalisé, en clinique, les expériences de Cl. Bernard, lorsqu'en blessant des points déterminés du quatrième ventricule et de la protubérance il pouvait provoquer, non-seulement de la glycosurie, mais encore de l'albuminurie. J'ai fait voir aussi comment la lésion hémorrhagique de la protubérance, en détruisant le faisceau des filets du pneumo-gastrique que M. Vulpian a démontré passer à travers le mésocéphale, nous avait donné, chez l'homme, la reproduction des ces vivisections où, en même temps que des dyspnées expérimentales produites par la section du pneumo-gastrique ou, en d'autres termes, par la paralysie de son bout périphérique, on trouve dans les poumons des lésions congestives comme nous en avons observé chez notre malade.

N° 53. — 1870. — *Ergotisme.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Il ne s'agit ici que l'ergotisme chronique, c'est-à-dire de celui qui résulte de l'adultération des céréales par l'ergot de seigle. Je laisse de côté la

description des symptômes, des causes de la marche de l'ergotisme, phénomènes connus, pour appeler l'attention sur les points les plus neufs de ce travail.

On était porté jusqu'alors à considérer comme deux formes distinctes de l'ergotisme, l'ergotisme convulsif et l'ergotisme gangréneux. On avait même été jusqu'à vouloir voir dans l'ergotisme convulsif le résultat d'une intoxication spéciale par le raphanus raphanistrum. J'ai montré que l'ergotisme convulsif n'est que le premier degré de l'ergotisme gangréneux, phase ultime de l'intoxication.

Sous le rapport de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, j'ai établi que les phénomènes spasmodiques sont le résultat de l'ischémie du système nerveux, engendrée par la contraction permanente des petits vaisseaux que provoque l'action de l'ergot, quel que soit d'ailleurs le mécanisme selon lequel l'ergot produit cet effet. J'ai fait voir enfin que malgré les coagulations sanguines trouvées dans les troncs artériels, la gangrène n'est pas le fait de l'artérite dont on ne trouve pas les lésions caractéristiques. Les coagulations résultent de la stagnation du sang qui se fait de proche en proche dans le système artériel par le resserrement des petits vaisseaux.

N° 54. — 1870. — *Considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de quelques-unes des principales formes de la variole.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1870.)

La portée de cette disquisition est principalement une portée thérapeutique. Au moment où des vues ingénieuses sur le caractère zymotique de la variole et où des résultats qui semblaient favorables, fournis à la vétérinaire dans une maladie également zymotique, le charbon, avaient pu faire croire qu'on avait trouvé, dans l'acide phénique administré à l'intérieur, un remède très-efficace dans les formes les plus sévères de la variole, dans les confluentes, considérées jusqu'ici par les meilleurs observateurs comme d'une excessive gravité, il était nécessaire, pour contrôler la valeur du nouveau remède, de bien établir au préalable les symptômes diagnostiques de la variole confluente, et d'une autre forme qu'on confondait volontiers avec elle, la variole cohérente ou en corymbes, qui doit être rapportée au groupe des discrètes, lesquelles, même abandonnées à elles-mêmes, guérissent dans des proportions infiniment plus considérables que les confluentes. Car, si par méprise, on avait appliqué l'acide phénique à un grand nombre de varioles cohérentes, en les confondant avec les confluentes, on avait pu obtenir ainsi un chiffre considérable de guérisons sans prouver la valeur du nouveau remède. J'ai fait voir qu'il en avait été ainsi, et j'ai montré, dans l'étude des prodromes, le moyen d'opérer une distinction

nécessaire ; les prodromes courts avec absence de sueurs appartenant aux confluentes, les prodromes plus longs avec diaphorèse, se retrouvant dans les cohérentes comme dans les autres discrètes. Je n'insiste pas sur les autres signes diagnostiques. Du reste, je n'entendais pas condamner l'acide phénique sur de simples considérations théoriques, et j'apportais une statistique qui déposait en faveur de mes attaques contre la valeur de cet agent. Sur 21 varioles confluentes, j'avais laissé deux malades à l'expectation, par suite de leur refus de prendre le médicament; une avait succombé, l'autre avait guéri. Sur les 19 autres, quatre étaient hémorrhagiques ; il ne me semblait pas juste de mettre les quatre décès qui en furent la conséquence au compte de l'acide phénique. Mais sur les 15 autres confluentes communes, il y eut 13 décès et seulement 2 guérisons.

N° 55. — 1870. — *Sur une Eruption varicelliforme ou bulleuse compliquant certaines formes de variole.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, pages 289 et suivantes.)

Cette éruption, non décrite jusqu'alors, apanage exclusif des varioloïdes ou des varioles discrètes, est une éruption de nature essentiellement vésiculeuse. A la période de maturation, ou plutôt à la période de dessiccation, de préférence à la fin de celle-ci, dans les points les plus rapprochés des grosses pustules isolées qui caractérisent les formes de la variole auxquelles nous faisons allusion, et parfois alors qu'elles sont encore entourées d'une aréole inflammatoire très-manifeste, et dans cette zone, on voit se développer rapidement, dans l'espace de huit à douze ou vingt-quatre heures, simultanément ou successivement, des vésicules remplies par un liquide séreux, transparent, incolore ou légèrement citrin, pouvant prendre ultérieurement une teinte opalescente par son mélange avec des leucocytes. Ces vésicules, généralement isolées, se réunissent quelquefois au nombre de deux ou trois, sont d'un volume qui, de celui d'une lentille, peut atteindre celui d'un pois, d'un haricot, d'une noisette. Leur forme varie suivant les rapports qu'elles affectent avec les pustules varioliques, etc.

J'ai démontré que ces vésicules n'étaient qu'un épiphénomène anatomique, résultat contingent de la congestion cutanée qui se fait dans une certaine étendue autour de la pustule variolique, congestion qui, chez certains sujets, produit une exsudation de sérosité qui soulève l'épiderme. J'ai établi également qu'il n'était pas possible de songer à une complication de varicelle et j'ai émis l'opinion que les faits sur lesquels on s'est appuyé pour professer l'alliance de la varicelle et de la variole étaient de l'ordre de ceux que je signalais.

N° 56. — 1870-1871. — *Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse.*

(*Union médicale*, 1870-1871. — Prix Chateauvillard. — En collaboration avec M. Huchard.)

Notées par quelques auteurs, les complications cardiaques de la variole n'avaient guère été décrites jusqu'au moment où nous en avons fait l'objet d'études particulières basées sur un grand nombre d'observations cliniques et d'autopsies.

Les conclusions suivantes résument les faits contenus dans notre travail :

1° Les modifications imprimées à l'organisme par le virus varioleux peuvent déterminer des lésions inflammatoires du cœur.

2° Les complications cardiaques sont fréquentes dans les *varioles confluentes* et dans les *discrètes en corymbes* (varioles cohérentes ou confluentes bénignes de Borsieri). Elles sont exceptionnelles dans les discrètes dont les pustules sont peu abondantes : nous ne les avons jamais observées dans les varioloïdes.

3° Les principaux éléments anatomiques du cœur peuvent être atteints isolément ou simultanément. Tantôt l'inflammation porte exclusivement sur les séreuses, sur l'endocarde (*endocardite varioleuse*), sur le péricarde (*péricardite varioleuse*) ou en même temps sur l'endocarde et sur le péricarde (*endo-péricardite*); d'autres fois elle borne son action au tissu musculaire du cœur (*myocardite varioleuse*). La myocardite, qui existe souvent seule, peut se combiner avec l'endo-péricardite.

4° Les inflammations des séreuses en général, et des séreuses du cœur en particulier, ne sont pas pustuleuses. L'éruption varioleuse avec les modifications que comporte la structure des tissus ne s'observe que sur la muqueuse de la bouche, du voile du palais, de l'arrière-gorge, du pharynx, sur celle du larynx, de la trachée et des bronches, où les pustules développées jusqu'en leurs dernières ramifications, peuvent devenir une cause de mort par asphyxie.

5° D'une façon générale, le cœur, au même titre que les autres muscles de l'économie qui sont frappés d'inflammation dès les premiers jours de la variole, peut être altéré dans son élément contractile, mais plus fréquemment et à un plus haut degré dans les varioles confluentes que dans les autres formes de cette maladie.

Dans les varioles cohérentes ou discrètes en corymbes, ce sont surtout les endocardites et les péricardites que nous avons constatées.

6° L'inflammation aiguë du muscle cardiaque présente cliniquement deux périodes distinctes qui correspondent à deux degrés différents de lésions anatomiques :

1° Hypérémie avec état granuleux, multiplication des cellules musculaires;

2° Dégénérescence graisseuse.

La première période, qui est transitoire, le plus souvent de peu de durée et qui, pour cette raison, peut échapper à l'observateur, consiste dans une véritable excitation du cœur se traduisant par une énergique impulsion cardiaque, des battements tumultueux à la région précordiale, un pouls fort et vibrant.

Nous n'avons pas observé, au début de la myocardite, certains symptômes signalés par la plupart des auteurs; ainsi les malades n'ont jamais présenté cette douleur aiguë, atroce, ressemblant par son intensité et ses irradiations à celle de l'angine de poitrine. Le plus souvent, c'est une douleur sourde, profonde, pongitive, avec anxiété précordiale; c'est aussi une dyspnée plus ou moins accentuée qui marque le début de la complication.

7° A la période d'excitation à laquelle correspond l'hypérémie musculaire, succède assez promptement celle d'affaiblissement du cœur qui se lie à la dégénérescence graisseuse aiguë.

8° A cette période les bruits deviennent sourds, surtout à la pointe, où le premier bruit est atténué; le choc précordial, peu perceptible au doigt, est remplacé souvent par une légère ondulation; les battements du cœur deviennent irréguliers, intermittents; le pouls est faible, irrégulier, inégal ou dicrote. Le dicrotisme peut être multiple et donner lieu au pouls oscillatoire, *polycrote* de la myocardite.

9° Un caractère que nous avons quelquefois remarqué, c'est le désaccord entre la force, la fréquence des battements du cœur et celles des pulsations artérielles. A la précipitation en apparence énergique des battements cardiaques ne correspond pas toujours la fréquence du pouls; c'est que, dans ce cas, l'organe central de la circulation est trop faible pour que tous ses mouvements puissent retentir sur les pulsations artérielles.

10° Au début de la période d'affaiblissement, il se produit au cœur un bruit de souffle qui fait rarement défaut et qui, par ses caractères, doit être regardé comme propre à la myocardite. Il s'entend à la pointe, est doux, profond, diffus, transitoire, migrateur.

11° Le bruit de souffle myocardiaque peut être distingué des bruits endocardiaques et péricardiaques : il ne doit pas être confondu avec le souffle fébrile qui se produit quelquefois au cœur dans les pyrexies.

12° Le souffle myocardiaque est dû à la dégénérescence des muscles papillaires qui, trop faibles pour tendre les valvules auriculo-ventriculaires, ferment incomplètement les orifices et donnent ainsi lieu à une insuffisance valvulaire. Il peut survenir aussi, en l'absence des lésions profondes des muscles tenseurs des valvules, quand la pointe du cœur, considérée comme

leur surface d'insertion, est gravement atteinte par la dégénérescence graisseuse.

13° A la dernière période de l'adynamie cardiaque, les souffles mitral et tricuspide cessent d'être perçus en même temps que surviennent tous les signes de la dilatation du cœur et de l'asystolie.

14° Sous l'influence de la parésie cardiaque, les circulations pulmonaire et encéphalique sont notablement entravées ; on observe alors les signes de la congestion pulmonaire et de l'anémie cérébrale (délire, convulsions).

15° Au milieu des symptômes de l'affaiblissement du cœur, nous avons vu apparaître des palpitations passagères dues, selon nous, à une ischémie bulbaire et à un défaut d'action des nerfs pneumo-gastriques. Opposées aux palpitations irritatives du début de la myocardite, celles de la période ultime doivent être considérées comme paralytiques.

16° La myocardite est une des principales causes de la mort subite dans la variole. Le plus ordinairement les malades sont en proie à tous les symptômes cardiaques, pulmonaires et cérébraux qui constituent la *triade symptomatique de la myocardite.*

17° La médication comprend deux indications :

1° Modérer l'activité exagérée du cœur à la première période de la myocardite;

2° Exciter les fibres musculaires dégénérés dans la deuxième période.

Le café et la caféine nous ont paru, à ce dernier point de vue, posséder une action formelle.

N° 57. — 1872. — *Communication sur un cas de molluscum fibreux.* Présentation de malade.

(Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 1872.)

On distingue, en dermatologie, trois espèces de molluscum :

1° Le molluscum contagiosum de Bateman ou *acné varioliforme*, consistant en de petites tumeurs ombiliquées du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille, lié à l'hypersécrétion des follicules sébacés, à l'accumulation et à la rétention du produit de sécrétion dans ces glandes.

2° Le *molluscum pendulum* de Bateman, lié également à la même accumulation de sebum dans les glandes sébacées, mais avec hypertrophie du follicule, et donnant lieu à des tumeurs de volume variable, globuleuses, ovoïdes, piriformes, pendantes quelquefois sur la portion de tégument placée au-dessous d'elles, d'où le nom de *pendulum.* Elles ont pour caractère propre de présenter à leur centre ou sur une face quelconque de leur circonférence, un point gris ou noirâtre dont on peut quelquefois faire sourdre, par la pression, la matière sébacée et qui répond à l'orifice du follicule.

3° Le *molluscum fibreux* ou *fibrome molluscoïde* de Virchow, qui peut être rapproché du molluscum pendulum, mais en diffère cependant par ce fait essentiel que sur aucune partie de sa surface il n'offre le point noir qui représente l'orifice du follicule sébacé. Les tumeurs du molluscum fibreux sont dues, effectivement, non au follicule hypertrophié et distendu par son produit de sécrétion, mais à l'hypertrophie des couches les plus superficielles du derme, engendrant un corps dur, d'une consistance qui rappelle celle du tissu fibreux et recouvert par les différentes couches de l'épiderme placées au-dessus de lui.

Le malade que j'ai montré à la Société présentait sur la surface du corps ces tumeurs cutanées dont le nombre pouvait, sans exagération, être évalué à plusieurs centaines. Une de ces tumeurs que j'avais excisée et que j'ai soumise à l'examen de mes collègues permettait de reconnaître qu'elle était constituée :

1° Par une couche externe paraissant formée à l'extérieur par les cellules les plus superficielles de l'épiderme, puis par les cellules superposées du corps de Malpighi, molles, spongieuses, d'un blanc grisâtre, glissant sur la couche située au-dessous d'elles et la coiffant comme une sorte de cupule ;

2° Par une couche interne, consistant en un petit corps globuleux, blanchâtre, lisse à l'extérieur, criant sous le scalpel, et offrant à la coupe l'aspect du tissu fibreux. Son incision avait donné lieu à l'issue d'une gouttelette de sang provenant d'un petit vaisseau qui traversait son centre.

Le molluscum, d'une manière générale est une affection rare, puisque la statistique démontre qu'on ne le rencontre que dans la proportion de 2 sur 1,000 dermatoses.

Le molluscum fibreux est rare entre tous.

N° 58. — 1872. — ***Note critique et observation sur l'angine scrofuleuse.***

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1872.)

Il s'agit ici non de l'angine glanduleuse d'origine scrofuleuse, mais bien de la scrofulide ulcéreuse de l'isthme du gosier et du pharynx.

A l'occasion d'un travail cité à la Société médicale des hôpitaux dans une discussion sur l'angine scrofuleuse, le travail de M. Fougère, j'ai montré que contrairement à l'assertion de M. Fougère, non-seulement je n'avais pas nié l'existence de la scrofulide ulcéreuse de l'arrière-gorge comme le prétendait cet auteur, mais que j'avais, au contraire, été un des premiers, en France, à en vulgariser la notion; que j'en avais même présenté des cas à la Société médicale des hôpitaux. J'ai en outre rétabli la vérité historique faussée sur quelques points par le mémoire en question.

Enfin j'ai fourni une contribution qui peut n'être pas sans valeur pour

l'histoire du lupus de la gorge, en soumettant à la Société une observation complète, détaillée d'un cas d'angine scrofuleuse ulcérée dont la nature me paraît au-dessus de toute contestation.

N° 59. — 1873. — *Sur le traitement du rhumatisme par la propylamine.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1873.)

Réserves formelles sur la valeur curatrice de la propylamine contre le rhumatisme articulaire, vantée par plusieurs de nos collègues; réserve basée sur des expériences cliniques négatives faites par moi en 1863, lors de la publication du mémoire du professeur Avenarius, réserves qui ont été d'ailleurs justifiées par mes observations ultérieures.

N° 60. — 1873. — *Hémorrhagie de la protubérance annulaire. — Absence d'albuminurie et de glycosurie. — Rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux du côté opposé à la lésion; importance du sens de la rotation de la tête et de la déviation conjuguée des yeux pour le diagnostic topographique des altérations de l'encéphale. — Présentation de pièce anatomique.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1873.)

Le titre de cette communication en indique les points importants. J'ai expliqué pourquoi, dans mon observation, il n'y avait eu ni albuminurie ni glycosurie, contrairement à ce qui était arrivé dans un autre cas d'hémorrhagie de la protubérance présenté par moi à la Société, en 1869. Mais j'ai surtout insisté, en prenant pour base les expériences physiologiques et les observations cliniques, sur ce fait que le sens de la rotation de la tête et de la déviation conjuguée des yeux peut être utile pour le diagnostic topographique de la lésion; que la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux qui se font du côté opposé à la paralysie indiquent une lésion des hémisphères; et qu'au contraire, lorsque la rotation de la tête et la déviation conjuguée ont lieu du même côté que la paralysie, il y a lieu de diagnostiquer une lésion de l'isthme de l'encéphale.

A la suite d'une intéressante discussion a laquelle ont pris part MM. Brouardel, Gubler, Lhuys, il m'a semblé, malgré quelques faits contradictoires, que ma proposition restait vraie d'une manière générale.

N° 61. — 1873. — *Nouvelle observation de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux du même côté que la paralysie. — Mort par congestion cérébrale* à forme hémiplégique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1873.)

N° 62. — 1873. — *Protestation contre l'opinion d'après laquelle la sortie d'une petite quantité de gaz par la canule, après la thoracentèse avec les appareils aspirateurs, prouve la perforation du poumon.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1873.)

En effet, le liquide pleural contient une certaine quantité de gaz dissous par la pression intra-pleurale. L'aspiration, surtout si elle est énergique, met ces gaz en liberté. C'est ce qui fait qu'on voit souvent des gaz s'échapper par la canule quand on évacue les liquides épanchés par l'aspiration, tandis que cela n'a pas lieu dans la thoracentèse par le procédé de Reybard. Quelquefois même on voit se former, dans certaines parties de l'appareil aspirateur, par le fait des gaz dont il s'agit, une mousse assez abondante pour entraver l'opération.

N° 63. — 1873. — *Protestation contre l'opinion que le médecin d'un service de cholériques doit être considéré comme un agent de contagion.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1873.)

Pour rejeter cette manière de voir, avec MM. Bergeron et Chauffard, j'ai fait valoir, qu'outre l'argument tiré de l'absence d'observations indiscutables qui démontrent ce mode de propagation, il en existe un autre non moins important. En effet, comment le médecin deviendrait-il un agent de transmission ? Par ses vêtements, qui pourraient s'imprégner du principe cholérigène. D'abord, il faut faire remarquer que le médecin change en partie de vêtements en entrant dans ses salles et au moment où il en sort. Mais supposons un moment que cette précaution n'ait pas été prise. Il est aujourd'hui démontré, par des travaux basés sur des observations recueillies dans des épidémies antérieures, que les réceptacles du contage, que les objets *susceptibles*, comme on dit en terme de police sanitaire, ne sont dangereux qu'autant qu'ils restent dans un milieu confiné. Ils perdent, au contraire, rapidement leurs propriétés nocives, du moment qu'ils sont exposés à l'air. L'exposition à l'air libre détruit, dans un délai très-court, le germe cholérique. Or, le médecin, du moment qu'il quitte ses salles, se trouve dans ces conditions d'aération. Donc il ne peut être une source de danger.

N° 64. — 1873. — *Contribution à l'étude de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux.*)

Cette note a pour but de montrer que l'expectoration albumineuse est le résultat d'une congestion pulmonaire entraînant la desquamation des

alvéoles pulmonaires et la transsudation du sérum du sang à travers les capillaires, par le fait d'une congestion pulmonaire dont le mécanisme est aujourd'hui connu, et non la conséquence du passage du liquide pleural dans les bronches par un traumatisme du poumon. J'ai fait voir que le signe de la piqûre du poumon est l'hémoptysie et non l'expectoration albumineuse. J'ai accumulé les arguments, les faits, les explications de physique biologique d'une manière que je crois démonstrative pour prouver que l'issue des gaz par le trocart n'est pas due à une blessure du poumon, et j'ai expliqué ainsi qu'il suit la production d'expectoration albumineuse : raptus sanguin, desquamation épithéliale des alvéoles du poumon, transsudation du sérum du sang à travers les capillaires et passage dans les bronches.

Il se passe ici ce qui arrive dans certaines néphrites abumineuses, où la congestion desquamative du début permet aux capillaires du rein de laisser l'albumine s'échapper du sérum et se mêler avec l'urine. Du reste, on a trouvé dans le liquide de l'expectoration albumineuse une grande quantité de cellules épithéliales.

N° 65. — 1873. — *Gravelle.*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.)

Cette monographie représente un traité complet de la gravelle urinaire et surtout de la gravelle rénale. — Le chapitre de l'anatomie et de la physiologie pathologique nous donne la description des diverses espèces de sables ou graviers, de leur forme, de leur volume, de leur composition chimique, de leur mode de formation (gravelles uratique, oxalique, phosphatique, gravelle rare de cystine). Etude des lésions des reins.

Après l'étiologie, l'histoire des symptômes dont fait partie le tableau de colique néphrétique, a été faite avec détail.

Sous le titre de *Complications et Suites*, nous avons consacré un chapitre important aux complications qui siégent dans les organes malades eux-mêmes, c'est-à-dire dans l'appareil urinaire, et aux complications qui résultent du retentissement vers d'autres appareils des souffrances des organes urinaires. Dans la première catégorie se rangent : 1° *La pyélite et la pyélonéphrite calculeuses et leurs suites;* 2° *L'hydronéphrose;* 3° *Le phlegmon périnéphrétique calculeux;* 4° *La maladie de Bright;* 5° *La cystite aiguë et chronique.* A la seconde se rattachent la *paraplégie* et l'*hypochondrie.*

Le diagnostic comprend : 1° la constatation de l'affection graveleuse ou de la présence des concrétions urinaires dans le rein; 2° le diagnostic de l'un des accidents les plus saisissants de la gravelle, la colique néphrétique; 3° le diagnostic de quelques-unes des complications de cette maladie, la pyélonéphrite, l'hydronéphrose, le phlegmon périnéphrétique.

Le traitement de la gravelle a été longuement étudié. Il a été l'objet de discussions critiques approfondies, sur la valeur du traitement prophylactique, de l'hygiène, sur celle du traitement curatif, des lithontriptiques, des dépurateurs rénaux, des diurétiques. La portée et les indications spéciales des différentes sources minérales qui se partagent le traitement de la gravelle ont été discutées avec soin.

Suit enfin le traitement de la colique néphrétique, de la néphrite, du phlegmon périnéphrétique. — Bibliographie étendue.

N° 66. — 1874. — *Rhumatisme blennorrhagique avec complications cardiaques (Accidents encéphaliques.)*

(*Progrès médical*, 1874. — En collaboration avec M. Lemaistre.)

Les déterminations cardiaques en rapport avec la blennorrhagie, bien que constatées déjà par Brandes, Lorrain, M. Pidoux, sont cependant assez rares, pour expliquer l'intérêt qui s'attachait à cette observation.

Les accidents qui surviennent du côté du cœur pendant la blennorrhagie peuvent se produire sans accidents rhumatismaux, comme dans les faits étudiés par M. Lacassagne. D'autres fois, on trouve le rhumatisme comme intermédiaire entre l'inflammation du canal de l'urèthre et les inflammations des séreuses du cœur. C'est ce qui est arrivé chez notre malade, chez lequel se développèrent les signes physiques d'un rétrécissement avec insuffisance des valvules aortiques, au cours d'un rhumatisme blennorrhagique. Ce qui constitue le principal intérêt de ce fait, c'est l'apparition de phénomènes syncopaux et épileptiformes, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises au moment où les signes de la lésion aortique étaient le plus caractérisés. Nous avons cru devoir les expliquer par une ischémie bulbaire en rapport avec les troubles de circulation engendrés par l'affection aortique.

N° 67. — 1874. — *Paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte. Paralysie des membres supérieurs par atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle, atrophie limitée au renflement brachial.*

(*France médicale*, 1874. — En collaboration avec M. Lemaistre.)

Il est accepté aujourd'hui que presques tous les cas de paralysie atrophique de l'enfance généralisée sont dus à des lésions des cornes antérieures de la moelle. Ultérieurement, les travaux de Duchenne, ceux de M. Charcot ont démontré que cette même paralysie atrophique pouvait se produire chez l'adulte et être liée aux mêmes lésions. Mais ces sortes de paralysies sont plus rares chez l'adulte que chez l'enfant. C'est ce qui nous a engagé à

publier cette observation, qui a présenté cette particularité intéressante que la paralysie atrophique, au lieu d'être généralisée, était limitée aux membres supérieurs, c'est-à-dire aux muscles dont l'innervation a sa source dans le renflement brachial de la moelle. Nous avons établi par la discussion qu'il s'agissait bien ici d'une altération des cornes antérieures de l'axe spinal et non d'une pachyméningite cervicale.

N° 68. — De 1874 à 1878. — Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* a publié une série d'articles de thérapeutique et de clinique empruntés à mes conférences cliniques, articles dont voici les titres :

Note sur le traitement des troubles digestifs. — Sur le traitement des phthisiques (laryngite, diarrhée, toux). — Sur les indications et la valeur des bains de vapeur dans le rhumatisme. — Sur le traitement de l'ozène scrofuleux. — Sur le traitement par le régime lacté dans les maladies des reins et les affections du cœur; ses indications, ses résultats. — Sur la pleurésie interlobaire.— Remarques sur la thoracentèse.— Sciatique accompagnée de zona. — Emploi de l'iodure de potassium associé à l'opium dans le traitement de l'asthme; ses résultats favorables. — Phlébite post-puerpérale des veines ischiatiques. — Discordance du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde. — Point apophysaire dans les névralgies. — Traitement du rhumatisme noueux. — Dyspepsie des liquides. — Angines de la fièvre typhoïde. — De l'électrisation dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. — De l'emploi de la jusquiame dans certaines formes de bronchite. — Myélite consécutive à l'impaludisme. — De la digitale dans les métrorrhagies. — De l'emploi de la morphine dans certaines formes de dyspnée.

N° 69. — 1874. — *Névralgie intercostale.*

(Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, 1874.)

Définissant avec quelques auteurs, et notamment avec M. Jaccoud, la névralgie, toute irradiation douloureuse sur le trajet d'un nerf ou de ses branches, quel que soit d'ailleurs l'état anatomique de ce nerf, nous avons non-seulement décrit les névralgies intercostales, sans lésions anatomiques appréciables du nerf, mais encore ces névralgies-névrites dont l'étude récente est due aux travaux de Parrot, de Bouillaud, de Charcot, de Bœrensprung, de Daniellsen, de Haight, de Wyss.

Après des considérations anatomiques sur les nerfs intercostaux, nous avons abordé l'étiologie en divisant les névralgies intercostales en *intrinsèques*, dans lesquelles une modification de l'excitabilité sensitive du nerf est

en rapport avec un changement intrinsèque matériel ou insaisissable du nerf (névralgies *à frigore*, par contusion du nerf, par névrome).

Névralgies *extrinsèques directes*, dans lesquelles la perturbation apportée dans les fonctions des nerfs dorsaux est le résultat de lésions qui siégent dans le voisinage du cordon nerveux et l'atteignent directement (névrites des lésions du poumon et de la plèvre, décrites par Beau, par Peter, névrites du mal de Pott, des altérations des côtes, des tumeurs des médiastins, les névralgies qui sont dues aux tumeurs de la glande mammaire).

Au nombre des affections qui peuvent tenir sous leur dépendance les névralgies de *causes extrinsèques indirectes* ou *réflexes*, il faut placer celles de deux organes importants situés dans la cavité thoracique : ce sont le cœur et les poumons, ainsi que les bronches. Les autres siégent en des points plus éloignés de l'origine des nerfs intercostaux (congestion des bronches ou des poumons, affections des voies digestives, embarras gastriques, cancer ou ulcère simple de l'estomac, dyspepsies simples, maladies du foie; lésions de l'appareil utéro-ovarien. Celles qui sont dues aux lésions des organes génitaux sont cependant plus rares que ne l'avaient cru les premiers observateurs. — Lésions de l'axe spinal. — Névralgies de *causes constitutionnelles* (nervosisme, hystérie, hypochondrie, anémie, chlorose, malaria, syphilis, tabes.

L'étude des symptômes se résume dans celle de la douleur, des différents points qu'elle occupe, des caractères qu'elle peut affecter, des phénomènes secondaires qui l'accompagnent, des circonstances diverses qui la provoquent. — Les complications sont représentées par *l'anesthésie*, *l'herpès zoster* dont nous avons fait une étude spéciale au point de vue de sa pathogénie ; par la *névralgie de la mamelle ou mastodynie*, *tumeur irritable* du sein, à laquelle nous avons consacré un paragraphe étendu.

L'anatomie et la physiologie pathologiques montrent les lésions qu'on peut rencontrer dans les nerfs, le mécanisme suivant lequel se produisent différents phénomènes afférents à l'état pathologique des nerfs et notamment l'herpès, la mamelle irritable.

La névralgie intercostale peut être confondue et est confondue souvent avec d'autres affections. Aussi avons-nous indiqué avec soin les moyens de la séparer des maladies qui lui ressemblent le plus (fractures de côtes, carie costale, périostites costales, affections douloureuses du diaphragme, névralgie diaphragmatique, décrite par MM. Gueneau de Mussy et Peter, angine de poitrine, affections douloureuses du foie).

Suivent des considérations étendues sur le traitement par les moyens internes et externes, sur les indications fournies par la maladie génératrice. Ce chapitre contient des données qu'on ne retrouve pas dans les articles écrits précédemment sur le traitement de la névralgie intercostale. — Historique et hibliographie étendue.

N° 70. — 1874. — *Du traitement des maladies des femmes par les eaux minérales.*

(*Annales de Gynécologie*, 1874.)

Malgré un certain nombre de travaux qui existaient déjà dans la science, soit en France soit en Allemagne, sur le traitement des organes génitaux de la femme par les eaux minérales, malgré les noms recommandables des médecins qui en étaient les auteurs, il fallait reconnaître que ces écrits ne se trouvaient entre les mains que d'un petit nombre de praticiens, et que les connaissances relatives au traitement des maladies des femmes par les eaux minérales étaient loin d'être encore vulgarisées, d'autant plus que les traités de pathologie, les monographies consacrées à l'étude des organes générateurs de la femme ne renfermaient, hormis quelques exceptions, que peu ou pas de renseignements sur ce sujet. C'est ce qui nous engagea à établir, sous une forme synthétique, le bilan des notions acquises à la science hydrologique sur ce point de thérapeutique gynécologique.

La métrite occupe le premier rang parmi les maladies de femmes justiciables du traitement thermal. Aussi est-ce au traitement de la métrite que nous avons réservé nos principaux développements. Néanmoins, pour être plus complet, et aussi parce que quelques lésions génitales sortent du cadre des phlegmasies et donnent naissance à des indications thérapeutiques différentes, tels sont par exemple les fibromes, les carcinomes utérins, nous avons élargi notre cadre et divisé notre sujet de la manière suivante :

Dans des paragraphes successifs nous avons étudié la métrite avec ses diverses variétés, ses différents degrés, dans son état de simplicité aussi complète que la nature les réalise, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire, puis la métrite compliquée.

En second lieu, les déplacements utérins; les phlegmasies et les hémorrhagies du péritoine et du tissu cellulaire du petit bassin, auxquelles est souvent liée l'histoire de l'ovarite.

Nous avons recherché ensuite ce que peut la médication thermale contre les corps fibreux de l'utérus, contre le cancer de cet organe, contre les kystes de l'ovaire. Quelques considérations ont été consacrées à la stérilité, à quelques troubles de la menstruation qui ne peuvent s'expliquer par une lésion déterminée de la matrice et de ses annexes, à la chlorose, à la leucorrhée, aux accidents de la ménopause.

Après des considérations générales sur les espèces de métrites qui ressortissent au traitement thermal, métrites dont il faut exclure la métrite aiguë; sur l'opportunité du traitement thermal; sur la nécessité d'un traitement préalable qui place l'utérus dans des conditions qui lui permettent de profiter de la cure hydro-minérale; sur les inconvénients et les dangers d'interventions actives (examens au spéculum, cautérisations pendant le

traitement thermal); sur les inconvénients de certaines pratiques balnéaires; sur l'utilité qu'il y a à choisir une station où on a l'habitude de faire le traitement des maladies des femmes, nous avons étudié les diverses formes de la métrite dans leurs rapports avec le choix de telle ou telle catégorie d'eaux minérales. C'est ainsi que nous avons traité de la *métrite simple*, de la *métrite irritable*, des *métrites compliquées* de *dyspepsie*, de *lithiase biliaire*, de *névralgies* et de *paralysies*, de *phlegmatia alba dolens*, de *diathèses*.

N° 71. — 1874. — *Koumys.*

Nous avons entrepris à l'hôpital de la Pitié, en 1874, et poursuivi les années suivantes, sur la valeur thérapeutique de ce médicament-aliment, une série de recherches cliniques dont les principaux résultats ont été consignés dans les travaux de M. Landowski, insérés dans le *Journal de thérapeutique* de M. Gubler.

N° 72. — 1875. — *Bromure de camphre.*

Série de recherches sur la valeur thérapeutique du bromure de camphre. Quelques-unes ont été consignées dans la thèse de M. Pathault.

N° 73. — 1875. — *Compte rendu critique et bibliographique du Traité des maladies des reins, de Lecorché.*

(*Bulletin de thérapeutique*, 1875.)

N° 74. — 1875. — *Lumbago.*

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*)

Après avoir écarté toutes les causes de confusion que les anciens nosologistes avaient accumulées autour de cette dénomination, nous avons décrit sous ce nom une affection douloureuse ayant pour siége précis les muscles et peut-être les tissus fibreux de la région lombaire, se développant le plus souvent, mais non toujours, sous l'influence de la diathèse rhumatismale ou du froid.

N° 75. — 1875. — *Rein flottant.*

(*Annales de Gynécologie*, 1875.) — En collaboration avec M. Barrié.

Nous avons décrit un exemple intéressant d'une tumeur occupant la fosse iliaque et le flanc gauche chez une jeune fille de 18 ans. Bien qu'à certains

points de vue elle simulât un kyste de l'ovaire, il était cependant possible de s'assurer, par un examen approfondi, qu'il s'agissait bien d'un rein déplacé. Cette tumeur présentait cette particularité intéressante qu'elle offrait, à l'époque des règles, un volume considérable, égalant à peu près celui de la tête d'un fœtus à terme. Aussitôt les règles passées, elle diminuait rapidement au point de disparaître en très-grande partie.

Nous avons pris occasion de ce fait pour présenter des considérations historiques et de physiologie pathologique, sur les rapports de la menstruation avec la circulation rénale et sur l'augmentation de volume de certaines tumeurs du rein à l'époque menstruelle.

N° 76. — 1875. — *Note sur quelques points du traitement des kystes hydatiques du foie, et notamment la valeur de la ponction capillaire avec aspiration, employée comme méthode curative.*

(*Bulletin de Thérapeutique*, 1875.)

Ainsi que nous l'avons fait observer dans notre traval, la question du traitement des kystes du foie, depuis longtemps à l'ordre du jour de l'art médical, a pris, dans ces dernières années, un intérêt d'actualité qui s'explique par des recherches récentes et fructueuses sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de ces kystes, sur leur nature parasitaire, sur la possibilité de guérir ces cavités accidentelles en provoquant la mort des échinocoques sans être obligé de recourir à l'évacuation complète de leur contenu. De nouveaux procédés opératoires, des appareils très-perfectionnés sont venus réclamer leur place dans la thérapeutique des kystes du foie.

Des parasiticides introduits dans les kystes par la circulation-porte, ont également revendiqué leur part dans la guérison des kystes. Ces questions importantes ont provoqué des études intéressantes de la part des médecins anglais, danois et français. Il nous a paru utile de présenter un mémoire de synthèse et de critique sur les résultats de ces recherches. Nous en avons consacré la majeure partie à exposer la valeur curative des ponctions capillaires aspiratrices fondée sur l'observation de divers auteurs, consacrée par les travaux de Jaccoud, de Charcot, de Dujardin-Beaumetz, de Lancereaux, de Moutard-Martin, de Gubler, et basée sur nos propres études.

Nous avons établi que la ponction simple, capillaire, à l'exclusion des larges ouvertures des kystes, pouvait suffire pour amener leur guérison. Nous avons fait valoir son innocuité relative, pourvu qu'on la pratique dans des circonstances déterminées et avec certaines précautions. L'observation ultérieure, depuis la publication de notre travail, n'a fait que justifier notre opinion. J'ai reconnu d'ailleurs que la ponction aspiratrice ne devait pas être prônée comme unique moyen de traitement, ainsi que le prouvent les conclusions suivantes :

1° Lorsque les accidents ne sont pas urgents il peut être utile de tenter l'emploi de l'iodure de potassium.

2° Au bout de quelques semaines, d'un ou de deux mois, si le traitement ne paraît pas donner de résultat favorable, il faut intervenir par une opération.

3° Celle qui me paraît préférable est la fonction aspiratrice, unique ou répétée un plus ou moins grand nombre de fois, et entourée des précautions qui ont été décrites. Cette ponction est non-seulement un moyen d'exploration, mais elle peut encore exercer une action curative.

4° La suppuration primitive ou consécutive du kyste diminue les chances de guérison par la ponction aspiratrice; mais deux observations au moins, dont l'une m'appartient, permettent d'établir qu'elle n'y apporte pas un obstacle absolu.

5° Toutefois, lorsque les chances de guérison s'évanouissent et surtout lorsque des accidents locaux ou généraux se développent, il ne faut pas hésiter à ouvrir largement le kyste par la méthode Récamier, ou mieux par la fonction avec un gros trocart et canule à demeure.

6° Les effets de cette ouverture doivent être secondés par l'usage de lavages, d'irrigations du kyste avec des liquides de nature variée (eau simple, liquides désinfectants et modificateurs, auxquels il pourrait être utile d'associer des injections de bile, dont les propriétés toxiques pour les hydatides ont été mises en relief par Dolbeau).

7° Il y a lieu de continuer à expérimenter l'usage de l'électricité. Si cet agent est d'une efficacité réelle, son emploi réaliserait le meilleur mode de traitement des kystes hydatiques du foie.

N° 77. — 1875. — *Sur un cas de mort subite survenue au cours du traitement d'un kyste du foie par la méthode de Récamier.*

(Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux.)

A l'occasion d'un cas de mort subite survenue dans une ponction capillaire d'un kyste du foie, communiqué à la Société par M. Martineau, j'ai rapporté une observation qui prouvait que la mort subite pouvait survenir au cours de l'évolution d'un kyste du foie en dehors d'une ponction capillaire. Chez la malade dont j'ai rapporté l'histoire, la mort subite fut causée par une syncope que produisit chez une femme affaiblie par la présence d'un immense kyste, la douleur provoquée par une application de caustique de Vienne. J'ai fait suivre ce fait instructif de considérations de physiologie pathologique.

N° 78. — 1875. — *Rapport sur une communication de M. Legroux, relative à un cas de mort subite survenue trois quarts d'heure après la thoracentèse.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux.*)

La communication de M. Legroux contenait deux parties. Une première de physiologie pathologique, une seconde de thérapeutique. Relativement à la première, dans laquelle l'auteur rapportait la mort de son malade à une ischémie bulbaire ayant entraîné la syncope, ischémie bulbaire résultant elle-même de l'afflux énorme de sang dans le poumon malade qu'avait entraîné une trop rapide déplétion de la plèvre, j'ai montré qu'en ce qui concernait son observation, du moins, cette théorie ne pouvait être acceptée et j'ai fait voir, par les détails du fait, que son malade avait succombé à une congestion pulmonaire.

Relativement à la question thérapeutique, qui, ainsi je que l'ai déclaré dans mon rapport, me tenait beaucoup plus à cœur que la précédente, j'ai énergiquement combattu les conclusions de M. Legroux, qui, sous prétexte que l'évacuation trop rapide par les appareils aspirateurs augmentait les chances de congestion des poumons et de la plèvre, ne proposait rien moins que d'abandonner les fonctions aspiratrices pour revenir au procédé de Reybard.

J'ai fait voir qu'en sachant manier les appareils aspirateurs et se garder de certaines impatiences inexcusables lorsque la vie d'un homme est liée à une question de temps, on pouvait ralentir, autant qu'on le jugeait convenable, l'écoulement du liquide, J'ai fait valoir, d'ailleurs, et montré par des observations personnelles que le procédé de Reybard, même en usant de petits trocarts comme celui de Blachez, ne mettait point à l'abri des accidents congestifs vers les organes respiratoires.

Je terminais ainsi : « Prenons garde de jeter, par des attaques imprudentes, le discrédit sur une méthode que je considère comme une des importantes conquêtes de la thérapeutique contemporaine, surtout depuis les simplifications que lui a apportées l'invention de l'appareil de notre collègue M. Potain. La science s'avance trop péniblement dans ses voies pour qu'il soit permis de faire si bon marché des progrès réels que, de temps à autre, il lui est permis de réaliser. A mon sens, l'abandon des ponctions capillaires pour le retour au procédé de Reybard, serait une marche en arrière, à laquelle je regretterais profondément de voir la Société donner son assentiment. »

N° 79. — 1876. — *De quelques accidents qui peuvent survenir au cours ou à la suite d'opérations pratiquées sur la plèvre (thoracentèse, thoracotomie, injections et lavages dans la plèvre enflammée).*

(*Gazette médicale*, 1876.)

Dans une série d'articles, j'ai exposé les accidents qui peuvent survenir par le fait des opérations sur la plèvre, et indiqué le moyen de les conjurer dans les limites du possible.

Dans des cas très-exceptionnels, comme le prouve, notamment, une observation de M. Besnier, l'état de dépression des sujets, tel qu'il existait chez la malade de cette observation, laquelle était atteinte de pleurésie gangréneuse, livre la clef de cette redoutable terminaison. Les expériences de Cl. Bernard, de Chossat et de Tarchanoff ont montré, en effet, que chez des animaux affaiblis, le plus léger traumatisme, surtout lorsqu'il porte sur un point particulièrement et pathologiquement irritable, suffit pour occasionner l'arrêt momentané ou définitif de l'organe central de la circulation. On devra donc se placer dans les conditions les plus favorables à l'opération en évitant, lorsqu'elle est formellement indiquée, de laisser le malade s'épuiser par une temporisation intempestive. Il sera bon, en outre, contrairement aux préceptes aujourd'hui en honneur, d'opérer dans le décubitus horizontal, position qui dispose moins à l'anémie cérébrale et, partant, à la syncope, que la position assise.

M. Marrotte a judicieusement insisté sur ce point de pratique opératoire. On devra, au contraire, se hâter de revenir à la position assise, pour peu qu'il se développe des menaces de congestion pulmonaire et d'asphyxie.

Dans des observations moins exceptionnelles, la ponction de la poitrine peut être suivie de mort subite ou rapide par congestion pulmonaire. J'ai rappelé les précautions à prendre pour éviter, autant que possible, cette complication, notamment l'évacuation lente et souvent incomplète de la plèvre, qui n'exclut point l'usage des appareils aspirateurs. J'ai indiqué les moyens à mettre en œuvre quand la congestion se produit ; la nécessité d'une intervention active devenant moins pressante quand un seul poumon est atteint de congestion et quand une expectoration albumineuse se charge de juger complétement ou en partie les phénomènes fluxionnaires.

J'ai également insisté sur les convulsions réflexes à la suite d'injections faites dans la plèvre, et mentionnées par M. Raynaud. Il paraît démontré que la condition qui rend ces injections dangereuses est le retrait des parois du foyer, à mesure que l'empyème marche vers la guérison. Il y a donc lieu de faire ces injections avec une prudence extrême, ou même d'y renoncer complétement quand la cavité de la plèvre suppurée est revenue à de petites dimensions.

J'ai indiqué aussi les convulsions, les accidents épileptiformes suite d'opérations pratiquées sur la plèvre, signalés par MM. Potain, Vallin, Duroziez, qui paraissent être sous la dépendance d'embolies du bulbe ou du cerveau, ayant leur source dans la formation de caillots dans les vaisseaux du poumon par la compression prolongée de cet organe.

Enfin il peut survenir, à la suite de la thoracotomie, des phénomènes parétiques réflexes dans le membre supérieur ou inférieur (Lépine). Ces accidents réflexes paraissent avoir ponr point de départ des phénomènes irritatifs développés dans les lèvres de la plaie thoracique ou dans la plèvre. Ils indiquent la nécessité d'éloigner autant que possible ces causes d'irritation.

Tous ces faits projettent une nouvelle et vive lumière, en particulier sur l'histoire de la thoracentèse qui, en quelques années, est devenue une opération d'une pratique presque banale.

N° 80. — 1876. — *Sur un cas de sclérose antéro-latérale, consécutive à une lésion traumatique en foyer de la moelle épinière cervicale.*

(*Gazette médicale*, 1876.) — En collaboration avec M. Bouveret.

Nous avons rapporté l'histoire d'un homme qui, à la suite d'une chute d'une hauteur d'un mètre, dans laquelle la partie inférieure et postérieure du cou porta sur le hord d'un seau, fut atteint d'une paralysie complète de la motilité et de la sensibilité des quatre memhres, de la vessie et du rectum. Vingt-quatre heures après l'accident, apparurent des accès de contracture accompagnés de dyspnée. Ces accès durèrent trois semaines environ, en se renouvelant le soir seulement. Au bout du premier mois la paralysie de la vessie disparut. Celle du rectum ne cessa tout à fait que vers le troisième mois. Vers cette même époque la sensibilité et la motilité reparurent dans les memhres supérieurs d'ahord, puis dans les memhres inférieurs. Cinq mois après l'accident, le malade put se lever; les jambes, quoique lourdes, permettaient la marche avec l'aide de deux hâtons. Les memhres supérieurs purent servir, jusqu'à un certain point, à la préhension des aliments. Cette amélioration progressive dura trois mois.

Le huitième mois après l'accident, les membres inférieurs, puis un peu plus tard les membres supérieurs, commencèrent à présenter une certaine rigidité, de telle sorte qu'au moment de son entrée à l'hôpital cet homme, dont la force musculaire était à peu près intacte, bien que la sensibilité fût légèrement altérée, présentait dans les principaux groupes de muscles des contractures plus ou moins avancées. Aux membres supérieurs, les contractures siégeaient principalement dans les muscles de la région antérieure Aux membres inférieurs elles existaient dans les muscles extenseurs, de sorte

que lorsque le malade marchait, les deux membres étaient comme transformés en deux colonnes rigides qui rendaient la marche caractéristique. Il n'y avait pas d'atrophie, pas d'amaigrissement, ni de diminution de la contractilité électrique. De plus, symptôme très-important, il était quelquefois pris d'accès spasmodiques tétaniformes, apparaissant surtout le matin à l'occasion des premiers mouvements. — Trois mois de traitement à l'hôpital n'amenèrent qu'une légère amélioration.

Nous nous sommes cru autorisé à admettre ici une méningo-myélite produite par la contusion de la moelle cervicale. Tous les symptômes, y compris les accès de contracture des vingt-quatre premières heures, déposaient en faveur de ce diagnostic. La guérison de la paralysie a été le résultat de la restauration des voies de transmission, dont les études de M. Charcot sur la guérison de la paralysie dans le mal de Pott, nous livrent aujourd'hui le mécanisme.

Huit mois après l'accident survenait une période de contracture qui nous a paru liée à une sclérose descendante fasciculée des cordons antéro-latéraux dont le point de départ a été la lésion médullaire du foyer.

Il était intéressant, pour justifier notre diagnostic chez un homme qui n'avait pas succombé, de rapprecher ce fait d'observations suivies d'autopsies. Mais les faits de cet ordre sont très-rares. Nous en avons cependant trouvé un dans le *Medical Times* de 1869. Il appartient à Bastian. Il présente de grandes analogies avec le nôtre; seulement, lorsque le malade mourut six mois après l'accident, tout le système musculaire était atrophié. L'autopsie montra des lésions engendrées par la contusion.

Elles siégeaient à la partie supérieure du renflement cervical et consistaient en trois ruptures distinctes de la substance grise. Au-dessous de ces lésions primitives, des foyers de dégénérescence scléreuse diminuant graduellement d'étendue se voyaient dans la longueur de la région dorsale et jusqu'à l'origine du renflement lombaire, occupant la portion interne de chaque colonne antérieure et la partie postérieure de chaque colonne latérale.

Quant à l'absence d'atrophie musculaire chez notre malade, contrairement à ce qui existait chez celui de Bastian, était-elle due à l'intégrité de la substance grise au milieu de ce travail morbide si complexe, ou bien devait-elle se produire plus tard?

N° 81. — 1876. — *Note sur un cas de lymphadénie sans leucémie.*

(*Gazette médicale*, 1875. — En collaboration avec M. Barié.)

Observation curieuse et très-complète de lymphadénie généralisée ayant atteint non-seulement les ganglions lymphatiqes, mais encore ayant donné

naissance à des lymphadénomes dans des viscères et des organes où on n'en rencontre pas d'ordinaire. Ainsi, il existait des tumeurs lymphatiques ou mycosis dans beaucoup de points de la peau, des productions lymphatiques sous le feuillet viscéral du péricarde. — L'absence d'augmentation des globules blancs dans le sang, nettement constatée au microscope, a été pour nous le point de départ de considérations sur la leucocytémie, qui n'est pas une unité morbide, mais ne représente qu'un symptôme accessoire qui peut manquer dans bon nombre de cas. — Considérations historiques rétrospectives sur la lymphadénie avec ses localisations multiples, en dehors même du système ganglionnaire. Il convient de la classer sous la dénomination de diathése lymphogène.

N° 82. — 1876. — *Sur un cas jusqu'ici unique d'oblitération par coagulation sanguine de l'aorte abdominale, avec paraplégie, diagnostiquée pendant la vie. — Présentation de pièces anatomiques.*

(Communiqué à l'Académie de médecine, janvier 1879.)

Au mois de janvier 1876, j'ai fait à l'Académie de médecine une communication sur un cas de paraplégie survenue subitement chez un individu atteint de maladie de cœur consécutivement à une oblitération par coagulation sanguine de l'aorte abdominale. J'ai mis sous les yeux de l'Académie les piéces anatomo-pathologiques relatives à l'oblitération de l'aorte de ce sujet, qui succomba quinze heures après le début de la paraplégie.

Dans le mémoire que j'ai déposé sur le bureau de la Compagnie, j'ai fait voir que cette observation doit être rapprochée des faits de claudication intermittente par oblitération artérielle étudiés chez le cheval par MM. Bouley et Goubaux, ainsi que des faits de claudication intermittente ou de paraplégie incomplète décrits chez l'homme par MM. Barth, Gull, Cummings, Jaccoud, Gueneau de Mussy, Bourdon, Luys, Jean, par oblitération de l'aorte ou des iliaques, avec ou sans complication de gangrène. Cette observation rappelle également les résultats de la ligature chirurgicale de l'aorte, et de l'oblitération expérimentale de ce vaisseau pratiquée par MM. Vulpian, Brown-Séquard. Comme dans les expériences de M. Vulpian, mon malade a eu, dans les derniéres heures de sa vie, des hémorrhagies par l'estomac, l'intestin, les voies urinairee, par suite de l'augmentation de tension dans les vaisseaux situés au-dessus de l'obstacle.

Cette observation de paraplégie ischémique est probablement unique dans la science, en ce sens que c'est sans doute la première fois qu'on a eu l'occasion, chez l'homme, de faire de vivant du malade le diagnostic d'une paraplégie par oblitération aortique, vérifié par l'autopsie.

N° 83. — 1876. — *Note sur un cas de folie rhumatismale survenue à la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1876.)

A l'occasion d'une discussion introduite à la Société des hôpitaux, sur la folie rhumatismale, j'ai apporté, comme contribution à cette discussion, l'observation d'un cas de folie rhumatismale que je venais de recueillir dans mon service. Le résumé suivant donne une idée suffisante de cette observation : Rhumatisme articulaire aigu. — Affections du cœur ; congestion pulmonaire. — Hémiplégie incomplète et passagère. — Accès maniaques puis délire mélancolique et de persécution.— Autopsie; congestion des méninges, endo-péricardite; symphyse cardiaque. — Dilatation des cavités du cœur.

J'ai fait suivre cette observation de considérations sur la folie rhumatismale, sur les rapports de la folie avec les affections du cœur, sur l'état de la température dans les vésanies, sur les différences qui séparent la folie rhumatismale d'avec les rhumatismes hyperpyrétiques avec troubles de l'intelligence.

N° 84. — 1876, 1877 et 1878. — *Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu.*

(*Gazette médicale de Paris*, 1876, 1877, 1878.)

Le délire, ce syndrome consistant dans la perversion aiguë ou chronique des facultés intellectuelles, morales et affectives, se rencontre dans diverses maladies aiguës avec une signification diagnostique ou pronostique différente. Dans les affections où il se montre de préférence, le délire a été particulièrement étudié ; dans d'autres affections où il est plus rare, dans le rhumatisme par exemple, il en est autrement.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier dans une nombreuse série d'articles insérés dans la *Gazette médicale*, le délire du rhumatisme sous toutes ses faces.

Nous avons adopté la division naturelle en délire *aigu* et délire *chronique* ou folie rhumatismale.

Délire aigu. — Prenant pour point de départ le délire qui, dans les cas de déterminations morbides du rhumatisme vers l'encéphale, occupe le premier rang sur la scène morbide, qui apparaît souvent le premier pour disparaître le dernier, nous avons groupé autour de lui tous les phénomènes somatiques qui peuvent l'accompagner, après avoir pris soin de faire remarquer que chez certains individus prédisposés, il peut apparaître un délire simple, nerveux, sans gravité, étranger à cette redoutable complication du rhumatisme qui dans l'ensemble de ses phénomènes a été désignée sous le nom de rhumatisme cérébral.

Notre travail est une étude de pathologie, de bibliographie, de critique médicale et de thérapeutique sur le rhumatisme cérébral.

Nous avons mis à profit les nombreuses publications sur cette question à laquelle est attaché le nom de la Société médicale des hôpitaux.

Dans l'impossibilité de reproduire tous les faits, tous les détails que comprend ce long mémoire, nons en avons reproduit sous forme de conclusions les principaux traits qui peuvent donner une idée de l'esprit dans lequel il a été conçu.

La pathogénie du délire aigu, du délire du rhumatisme et des accidents qui peuvent lui servir de cortège est multiple.

On doit admettre :

1° Un délire nerveux simple pouvant compliquer le rhumatisme de la même façon qu'il pourrait compliquer toute autre maladie aiguë, chez les sujets voués par des causes diverses, personnelles ou héréditaires, à l'excitabilité anormale du système nerveux. Ce délire offre une bénignité qui contraste avec la gravité des autres délires du rhumatisme.

2° Un délire grave isolé, accompagné ou suivi d'autres accidents nerveux, de nature ataxique et adynamique, constituant une des formes du syndrome désigné sous le nom de rhumatisme cérébral, d'encéphalopathie rhumatismale, sans lésions de l'encéphale appréciables à l'œil nu ou au microscope; c'est le délire ataxique ou l'ataxie du rhumatisme compliqué ou non d'alcoolisme.

3° Un délire lié à des complications cardiaques; tantôt, c'est le cas le plus rare, par simple action réflexe; d'autres fois et plus fréquemment, trouvant son explication dans une altération du myocarde et une ischémie cérébrale consécutive, ou dans l'existence de caillots dans les cavités du cœur.

4° Le délire du rhumatisme cérébral ayant sa raison d'être dans des lésions très-variées de l'encéphale et de ses enveloppes, lésions macroscopiques ou micoscopiques depuis la méningite la mieux caractérisée, qui est rare, jusqu'aux fluxions sanguines ou séreuses les plus légères, les plus fugitives des méninges ou du tissu nerveux.

Il y a lieu de rejeter comme n'étant pas démontrées :

1° L'existence du délire par métastase ou délitescence, quoique cette délitescence elle-même puisse se produire beaucoup moins souvent cependant qu'on est porté à le croire généralement.

2° Celle du délire par infection purulente dans les cas de suppuration des articulations.

3° Celle du délire par urémie.

4° Celle du délire par l'influence des diverses médications généralement employées contre le rhumatisme, et notamment de la médication quinique; pourvu, bien entendu, que ces médications soient convenablement maniées.

5° Celle du délire par hyperthermie ou délire rhumatismal hyperpyrétique,

quoique cette hyperthermie, qui accompagne certaines encéphalopathies rhumatismales, puisse secondairement aggraver celles-ci et devenir la source d'indications thérapeutiques.

Au point de vue pronostic on peut dire que le délire isolé est de moins haute gravité que celui qui s'accompagne de convulsions, de troubles de la circulation et de la respiration, de soubresauts de tendons. Le délire suivi de coma est de la plus haute gravité. Lorsque les manifestations délirantes s'accompagnent de températures d'une élévation moyenne ne dépassant pas 40°, on conserve d'assez nombreuses chances de guérison, mais lorsque le chiffre des températures persiste à 41° et même au delà, la situation est des plus compromises.

La marche continue et progressive du délire et des autres accidents cérébraux est de très-fâcheux augure; au contraire, une intermittence ou une rémission bien accentuée dans le cours d'une encéphalopathie rhumatismale sont un signe favorable.

Au point de vue du traitement on doit diviser ces divers délires en deux grandes catégories. Dans la première se place le délire nerveux, dans la seconde les différentes formes de délires graves.

Le délire simple peut guérir spontanément; toutefois, comme on a vu le délire grave emprunter d'abord les allures insidieuses d'un simple délire nerveux, il est plus sage d'intervenir d'emblée, et de recourir aux préparations opiacées, aux bromures de potassium et de camphre, au chloral.

Les délires de la seconde classe peuvent être subdivisés eux-mêmes en deux groupes, suivant qu'ils sont ou non accompagnés d'un état hyperthermique.

Parmi les délires graves sans hyperpyrexie on peut rencontrer le délire purement ataxique ou ataxo-adynamique. A cette forme de délire s'adresse l'ensemble des moyens généralement indiqués contre l'état ataxique ou l'ataxo-adynamique, c'est-à-dire l'usage du musc, du castoréum associés au quinquina, dans les cas où il existe une adynamie manifeste. L'opium et le chloral peuvent être employés avec plus ou moins de succès, surtout si on a pu surprendre une complication d'alcoolisme.

La saignée sera indiquée seulement dans les cas où il aura été permis de poser d'une manière formelle le diagnostic de méningite rhumatismale. La saignée locale est alors préférable à la saignée générale. Au début on pourra tirer quelque profit de l'emploi des révulsifs.

Lorsqu'il est évident que le délire relève d'une affection du cœur, c'est à combattre celle-ci qu'il faudra s'attacher, mais on comprend combien peuvent devenir illusoires dans ces cas les ressources de l'action médicale la mieux dirigée.

Les affusions froides convenablement maniées peuvent rendre de grands services dans ces cas d'accidents nerveux liés à l'encéphalopathie rhumatis-

male, mais c'est surtout dans les cas de délire accompagné d'hyperpyrexie que les pratiques hydrothérapiques trouvent leur application. Mais qu'on ne l'ignore pas, la méthode des bains froids, malgré des dénégations insuffisamment fondées, porte en elle-même ses dangers. Elle peut provoquer des pneumonies, des pleurésies avec leurs conséquences, une syncope parfois mortelle. Aussi, pour toutes ces raisons, ce traitement ne peut-il être institué qu'en présence du médecin ou sous la surveillance incessante et personnelle d'aides dont le dévouement, l'assiduité auprès du malade et des connaissances médicales suffisantes offrent toutes garanties.

Délire chronique ou Folie rhumatismale.

C'est presque toujours dans une attaque de rhumatisme aigu, le plus souvent fort sévère, accompagnée de complications redoutables du côté de divers viscères, notamment du côté du cœur, parfois dans des formes d'intensité moyenne, très-rarement dans le rhumatisme chronique (2 fois sur 28 cas), que se développe le délire chronique. Il peut survenir à toutes les époques de la maladie, mais principalement pendant la convalescence.

Le mode d'aliénation mentale le plus commun chez les rhumatisants, est une forme dépressive, mélancolique ; c'est cette forme qui fournit chez eux le fond de l'altération intellectuelle, dont l'intensité varie depuis une simple tendance à la tristesse jusqu'à l'inertie la plus complète et à la stupidité.

Dans la mélancolie simple sans délire, admise par Vaillard, le malade est seulement triste, inquiet, soupçonneux, morose, impatient, mais quelquefois cet état se complique de fausses conceptions : c'est la mélancolie avec délire.

Il ne faudrait cependant pas considérer le délire chronique comme étant toujours systématisé et dépressif. Dans certains cas, exceptionnels à la vérité, il est généralisé, incohérent, actif, furieux : il emprunte, en un mot, la forme maniaque. Nous en avons cité un cas à la Société médicale des hôpitaux.

Dans la folie rhumatismale, les phénomènes somatiques, bien que relégués au second plan, peuvent néanmoins ne pas faire complétement défaut. Parmi ceux-ci il faut placer en première ligne l'état fébrile.

La fièvre de la folie rhumatismale peut avoir une double origine : tantôt elle est liée aux manifestations articulaires qui marchent de pair avec l'aliénation, tantôt elle est liée à l'aliénation elle-même. Dans tous les cas, jamais elle n'atteint l'hyperthermie signalée dans un grand nombre de cas de délire aigu.

La chorée peut venir s'ajouter à la folie rhumatismale, comme l'ont montré Mesnet, Burrows et Griesinger.

Le pronostic de la folie rhumatismale, au point de vue des dangers encourus pour l'existence du malade, offre une bénignité relative : ceux qui meurent succombent aux progrès de l'inanition, ou aux complications qui sont en rapport avec cet état cachectique. D'autre part, l'avenir de l'état intellectuel du malade n'est pas absolument perdu. Quelques faits permettent d'espérer la restauration des fonctions psychiques, après un temps plus ou moins long, de vingt jours à trois mois.

Jusqu'à présent, les faits n'autorisent pas à faire du délire chronique des rhumatisants une folie spécifique à caractères toujours identiques.

Les enseignements de l'anatomie pathologique de la folie rhumatismale ne donnent que de médiocres satisfactions à ceux qui réclament toujours une même lésion pour un même trouble fonctionnel. Cependant les lésions, lorsqu'on en a trouvé, ont toujours été de nature congestive, hyperémique ou séreuse; ne pourrait-on pas logiquement induire de ce fait que le délire chronique du rhumatisme, comme une grande catégorie de délires aigus dans la même maladie, a sa raison d'être somatique dans des mouvements fluxionnaires vers l'encéphale en rapport avec le génie même de l'affection.

On a cherché à démontrer que chez les rhumatisants, c'est à l'affection du cœur concomitante et non à une autre cause qu'il faut rapporter l'aliénation. Mais, outre que l'asystolie avec délire comme phénomène, d'ordinaire ultime, ne se retrouve pas dans les observations des rhumatisants atteints d'aliénation mentale, il importe de faire remarquer que les troubles asystoliques de l'intelligence présentent en eux-mêmes une physionomie particulière et caractéristique. Ils consistent en un délire calme et doux, en une obnubilation des idées, coexistant d'ailleurs avec des signes de congestion passive de la face, d'asphyxie lente qui ne permettent pas de se méprendre sur leur signification.

Le traitement du délire chronique rhumatismal diffère trop peu de celui des autres délires chroniques pour que nous pensions qu'il soit utile d'y insister. Néanmoins la nature congestive que nous lui attribuons pourrait devenir la source d'indications formelles.

N° 85. — 1877. — *Communication sur le scorbut des prisons,* in *Compte rendu des maladies régnantes.*

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux,* 1877.)

N° 86. — 1877. — *Morphinisme chronique.*

En 1877, M. Calvet a fait une thèse remarquée sur le morphinisme chronique. Cette thèse contient deux parties. Une première partie, expérimentale, à laquelle je suis resté étranger. Une seconde partie clinique à laquelle j'ai fourni une contribution. J'ai pu donner à M. Calvet l'observation très-

détaillée d'un malade que j'avais pu étudier pendant plusieurs années. Cette observation contient un tableau complet des phénomènes psychiques et somatiques du morphinisme chronique, dont les symptômes présentent de nombreux rapports avec ceux de l'alcoolisme chronique.

Pour la guérison de cette maladie, qui a généralement sa source dans l'introduction de la morphine par la voie hypodermique, je me déclare partisan de la diminution graduelle des doses absorbées, contrairement à l'opinion de Levinstein qui conseille leur suppression brusque. La pratique de Levinstein, qui n'est pas sans inconvénients et même sans périls, nécessite d'ailleurs des conditions de séquestration qui sont loin d'être toujours applicables.

Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux.)

Nº 87. — 1877. — ***Communication sur certaines particularités encore inexpliquées***, mais dont l'existence est positive, dont j'ai cité un exemple à la Société des hôpitaux, qui consistent en une accélération excessive du pouls (150 pulsations) et de la respiration (30 respirations), et qui peuvent survenir d'une manière très-évidente sous l'influence de la thoracentèse.

Nº 88. — 1877. — *Communication et présentation de pièces anatomiques relatives à l'endocardite blennorrhagique.*

(Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux, 1877.)

Servi par le hasard, j'ai eu l'occasion d'observer deux fois, en peu d'années, un cas d'endocardite blennorrhagique, dans lequel on a pu trouver le rhumatisme comme intermédiaire entre l'endocardite et la blennorrhagie, par opposition aux faits d'endocardite blennorrhagique dans lesquels on n'observe pas d'accidents rhumatismaux.

Chez un homme entré dans mon service avec une blennorrhagie, on observa un peu plus tard une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire, localisation assez familière au rhumatisme blennorrhagique. Puis bientôt on constata les signes fonctionnels et physiques d'une affection du cœur, et enfin des phénomènes d'asystolie au milieu desquels le malade succomba. — A l'autopsie on trouva sur les valvules mitrale et aortique des végétations que j'ai montrées à la Société.

Nº 89. — 1879. — *Névrite parenchymateuse.*

M. Joffroy a publié un mémoire important sur la névrite parenchymateuse, affection nouvellement connue, qui présente de nombreux traits de

ressemblance avec plusieurs affections, et notamment avec l'atrophie musculaire progressive et la paralysie ascendante aiguë.

J'ai présenté une analyse de ce mémoire à la Société médicale des hôpitaux. Sur les quatre faits qui servent de base au travail de M. Joffroy, trois ont été observés par moi; le quatrième appartient à M. Lancereaux.

N° 90. — 1879. — *Tumeur gliomateuse du cerveau. — Communication et présentation de pièce anatomique.*

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, et *Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1879.)

Les gliomes de l'encéphale, considérés d'une manière générale, sont rares. Plus rares encore sont les tumeurs gliomateuses de la localisation et du volume de celle que j'ai présentée à la Société.

L'homme sur le cadavre duquel je l'ai recueillie présentait un ensemble de phénomènes psychiques et somatiques qui, à part quelques particularités telles que l'absence du bégayement caractéristique, rappelait la physionomie de la paralysie générale.

Le cerveau et les méninges étaient congestionnés, les ventricules cérébraux latéraux et moyen contenaient une tumeur volumineuse de la grosseur approximative d'une petite pomme. Elle était aplatie de haut en bas , ovoïde, à grosse extrémité tournée en arrière. On pouvait la considérer comme formée par trois lobes, deux latéraux, occupant les ventricules latéraux, se terminant en avant sous forme de languette, à face supérieure libre dans le cavité de ces ventricules dans ses deux tiers externes, adhérente par la moitié postérieure de son tiers externe au corps calleux, et se confondant avec un lobe moyen, un peu moins large que les lobes latéraux, occupant le ventricule moyen et envoyant à la base du cerveau, dans l'espace interpédonculaire, un prolongement du volume d'une châtaigne.

Dans les deux tiers internes de leur face inférieure, les lobes latéraux adhéraient à la face ventriculaire. Les plexus choroïdes étaient libres. Cette tumeur était vasculaire, mamelonnée, rappelant l'aspect du thymus de veau, mais d'un aspect opalin et de couleur hortensia.

L'examen histologique a démontré sa nature gliomateuse que pouvait déjà faire soupçonner l'aspect qu'elle offrait à l'œil nu. Il a fait voir, en effet, que cette néoplasie avait pour lésion fondamentale la prolifération des éléments de la trame conjonctive du système nerveux.

286 Paris. — Impr. Félix Malteste et Ce, 22, r. des Deux-Portes-Saint-Sauveur.